Toxicomanie

Guide pratique du travail des « réseaux »

Quels « réseaux »? Comment?

Comité de rédaction

Sous la direction de

Sibel BILAL	Directrice de SPCI
Dr Patrick DE LA SELLE	Médecin généraliste (Vitry-sur-Seine), Président du réseau Val de Bièvre (94)

Coordination et secrétariat de rédaction

Valérie TECHER	SPCI

Groupe de travail

Hélène DAVID	Assistante sociale, Centre méthadone EMERGENCE (Paris)
Claire DUPONT	Assistante sociale, ECIMUD CHU Pitié-Salpétrière (Paris)
Pierre MERJAN	Pharmacien (Vitry-sur-Seine), Réseau Santé Vitry (94)
Liliane LASSET	Psychologue, La Corde raide (Paris)

Comité de relecture

Dr William LOWENSTEIN	Médecin, Directeur du Centre Monte Cristo Hôpital Laennec AP/HP (Paris)
François LAFRAGETTE	Pharmacien, Officine Lafragette (Paris 7e)
Danièle DELABARRE	Ex – Assistante sociale Chef CRAM (Île-de-France)
Dr Jean-Louis BOUJENAH	Médecin Généraliste Bagneux (92)
Dr Michel GUILBERT	Médecin Généraliste Bagneux (92)
Jean-Marc ARNOULT	Infirmier, ECIMUD Bicêtre, CHU de Bicêtre (Paris)
Vanessa PELTIER	Assistante sociale CAS (Paris 14e)

Avec la collaboration de

Adriana JUEZ	Assistante sociale, Responsable de l'Equipe sociale mobile SPCI
Corinne CHANAL	Sage Femme, CHU (Montpellier)
Marie-Claude MERJAN	Pharmacie Merjan, Vitry-sur-Seine
Mesdames LEGENDRE, DURANCE BAYLE-DAQUIN	Assistantes sociales Inter-Entreprises CELFAS

Remerciements à

Abdalla TOUFIK (sociologue, OFDT), Alain BEAUDOUIN (Educateur Spécialisé, Centre Emergence), Françoise MOISAN (Educatrice Spécialisée, SPCI), Alexandra SOWA (Equipe sociale Mobile, SPCI).

Toxicomanie

Guide pratique du travail des « réseaux »

Quels « réseaux » ? Comment ?

Première édition
Année 1999

Présentation

Ce guide est un outil de travail en réseau des professionnels autour des usagers de drogue, sous traitement de substitution, afin de faciliter l'accueil et l'orientation des usagers ainsi que l'évaluation de leur situation. Cet ouvrage ne prétend pas être exhaustif car il est impossible de restituer dans sa complexité la totalité des problématiques humaines, sociales et médicales existantes : chaque personne est unique et chaque situation est particulière.

On ne peut ni généraliser, ni systématiser les conduites à tenir, mais à travers des situations types, fréquemment rencontrées dans le réseau de prise en charge des usagers, le comité de rédaction a fait l'essai de la visualisation d'une pratique « clinique » et de l'action à envisager.

Le processus de réintégration et de réinsertion des usagers est très long. Notre expérience, depuis plusieurs années, auprès du public en difficulté, nous a montré la nécessité d'un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire, sur un temps plus ou moins important, et dont l'objectif est à terme l'autonomisation de l'usager. Vu la complexité des multiples problématiques soulevées par les situations des usagers, il était nécessaire d'offrir une palette de services par le biais de cette équipe pluridisciplinaire.

L'analyse de plusieurs cas dans le groupe et le processus de rédaction, ont montré que chaque personne exprime sa demande en fonction de l'identité professionnelle du lieu d'accueil, de l'étape de sa vie et des besoins du moment. Cependant, la pratique qui consiste à répondre ponctuellement aux besoins ne permet pas d'aider efficacement la personne à la création de liens et à l'entrée dans un parcours d'insertion. Le groupe a fait le choix d'une définition plus large de « l'insertion », entendue dans le sens d'une socialisation hors des milieux dits de « galère ».

Les usagers de drogues actifs disposent d'un réseau de sociabilité souvent de taille considérable, leur mode de vie quotidien, articulé autour de la recherche et la consommation des drogues, les conduisent à de multiples rencontres et échanges, mais pour l'essentiel, au sein des réseaux de « galère » et rarement dans des réseaux plus normalisateurs (famille, voisins, amis hors du milieu de la drogue, etc.).

Le degré de marginalisation devient fonction de la capacité des usagers à s'entourer de personnes avec lesquelles des échanges enrichissants ont lieu et de la satisfaction qu'ils leur procurent.

Nous avons pleinement conscience que les « professionnels et intervenants » autour des patients ne constituent qu'une petite partie de la vie des personnes. Les liens créés avec le patient s'inscrivent à un moment donné dans son parcours de vie et ne peuvent perdurer ; il s'agit pour nous de faire, le mieux possible, « un bout de chemin » ensemble.

Sibel Bilal
Directrice de SPCI
(Santé Promotion Conseil et Insertion)

Sommaire

Pages

7 Cas cliniques

75 Fiches techniques

159 Courriers types

169 Glossaire

177 Index des mots-clefs

181 Répertoire du travail en réseau

187 Carnet d'adresses national

Cas cliniques

Pages

9 **Comment traiter l'urgence**
Le cas de Stéphane

15 **Être enceinte et toxicomane**
Le cas de Sonia

19 **Être toxicomane et séropositif**
Le cas de Ahmed

25 **Sevrage ou traitement de substitution**
Le cas de Fatoumata

29 **Un hébergement en urgence, est-ce possible ?**
Le cas de Bruno

33 **Traitement du substitution, benzodiazépines et alcool**
Le cas de David

37 **Comment traiter la rechute à l'héroïne**
Le cas de Patricia

41 **Méthadone : mode d'emploi**
Le cas de Carlos

45 **Les pharmaciens et le Stéribox®**
Le cas de Abdelkader

49 **L'insertion professionnelle : rêve ou réalité**
Le cas de Fethi

53 **Co-morbidité psychiatrique et toxicomanie**
Le cas de Fabienne

57 **Toxicomanie à la cocaïne**
Le cas de Jean

61 **Hépatite C et traitement de substitution**
Le cas de Fanny

65 **Accueil haut seuil - accueil bas seuil**
Accompagnement ou assistance
Le cas de Julien

69 **Chômage, ennui, solitude chez le toxicomane**
Le cas de Emmanuel

Comment traiter l'urgence ?
Le cas de Stéphane

Stéphane ne vous est pas inconnu. Il est d'une famille du quartier que vous connaissez en raison de ses nombreux problèmes sociaux, lui-même est au chômage depuis des années. Il a été incarcéré récemment pour vol à l'étalage. Stéphane arrive aujourd'hui fébrile, agité, angoissé. Vous suspectez un état de manque.

Le débat

Tout usager de drogue (UD) qui fait une demande de soins mérite une attention et une bienveillance car il s'agit d'un malade et non d'un délinquant. Il faut déceler derrière la demande, la souffrance c'est-à-dire ici la dépendance à l'héroïne. Une relation doit pouvoir s'engager et le diagnostic s'orienter vers l'usage de l'héroïne, dans ce cas précis.
L'urgence est avant tout médicale : c'est le médecin qui peut avec un médicament de substitution calmer le « jeu » et permettre aux Travailleurs Sociaux (TS) après quelques jours de faire un diagnostic social et débuter un suivi.
Comment traiter l'urgence en toxicomanie ? Peut-on délivrer de l'argent à un UD actif et comment ? L'UD est-il aujourd'hui considéré comme un citoyen et un malade comme les autres ?

(Fiche Technique (FT) : La loi 70, p. 77 - Indicateurs et tendances, p. 82)

Médecin, pharmacien, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

Un soir, Stéphane vient en urgence en fin de consultation dans un état fébrile, il est agité et pressé : « Docteur, je suis mal, j'ai besoin de médicaments. »

La demande au pharmacien

Un soir à la fermeture, Stéphane présente une ordonnance visiblement non conforme de buprénorphine HD, car il méconnaît la mise en place de l'ordonnance sécurisée. Compte tenu son état, vous décidez de l'orienter pour des soins en urgence.

La demande au travailleur social

Stéphane vous demande avec insistance une aide financière immédiate pour payer une facture d'électricité : « Je ne repars pas sans rien, sinon ils vont me couper l'électricité ; il me faut 400 francs sinon je vais être très mal. »

La problématique du médecin

La demande au médecin

Un soir, Stéphane vient en urgence en fin de consultation dans un état fébrile, il est agité et pressé : « Docteur, je suis mal, j'ai besoin de médicaments. »

L'essentiel

Derrière cette attitude fébrile et agitée, qui peut gêner sinon faire peur, il ne faut pas oublier qu'il y a parfois un patient présentant un syndrome infectieux, qui peut être grave chez une personne touchée par un problème de dépendance, dans un état de souffrance et d'exclusion.

Un court entretien permettra de vérifier la réalité de la pharmacodépendance de Stéphane par quelques questions concernant son passé, l'usage de différents produits, les médicaments prescrits par d'autres médecins (il est encore temps de contacter son médecin référent par téléphone).

(FT : Les bonnes questions à poser aux UD, p. 85 - Conduite à tenir lors d'un 1er entretien avec un UD, p. 142)

Examen clinique

Le médecin, après un bref examen clinique, vérifiera l'absence de syndrome infectieux : pneumopathie, abcès, septicémie c'est-à-dire les pathologies liées aux injections intraveineuses, à la marginalité ou au VIH.

Il s'assurera de la dépendance à l'héroïne IV en recherchant les traces d'injections qui peuvent parfois êtres cachées : sur une jambe ou un pied.

(FT : Le bilan de santé du toxicomane, p. 87)

Attitude thérapeutique

Ensuite, la seule attitude thérapeutique cohérente sera de lui prescrire ou de lui délivrer en urgence un médicament opiacé telle la buprénorphine HD pour passer le cap de la nuit, et de convenir d'un nouveau rendez-vous pour le lendemain matin.

Prescription

Buprénorphine HD par palier de 2 mg jusqu'à disparition des symptômes. Cf. AMM.

FT : Les règles de la buprénorphine HD, p. 140)

N.B. : Les comprimés pourront éventuellement êtres donnés par le médecin lui-même s'il dispose d'une réserve et s'il n'y a pas de pharmacien disponible.

Le suivi

Ici la problématique n'est pas celle d'un suivi d'un UD. Elle est celle de l'urgence à laquelle tout médecin peut, sinon doit, répondre.

Une fois le traitement prescrit, un nouveau rendez-vous est pris pour le lendemain.

La plupart du temps l'UD y sera présent car il aura trouvé en vous une écoute et une réponse cohérente à sa souffrance.

(FT : Conduite à tenir lors d'un second entretien avec un UD, p. 143 - Conduite à tenir lors des consultations suivantes, p. 144)

Alors, vous vous poserez la question du suivi. Soit vous aurez la possibilité de faire vous-même ce suivi et de passer un contrat avec le patient, soit vous l'adresserez, à une structure spécialisée (centre spécialisé ou Réseau Ville-Hôpital) ou à un confrère que vous connaissez.

Cf. Répertoire du travail en réseau

La problématique du travailleur social

La demande à l'assistant social

Stéphane vous demande avec insistance une aide financière immédiate pour payer une facture d'électricité : « Je ne repars pas sans rien, sinon ils vont me couper l'électricité ; il me faut 400 francs sinon je vais être très mal. »

L'essentiel

Au-delà des appréhensions possibles et légitimes face à l'usage qui sera fait de l'aide financière, négocier et répondre à une partie de la demande pourront permettre d'entamer un dialogue : apaisé par la perspective de recevoir un peu d'argent, Stéphane voudra peut-être discuter de ses autres problèmes.

Parler avec un usager de sa consommation de produits illicites n'est aisé pour personne, y compris pour un professionnel en lutte avec sa propre culture ou ses propres tabous. En parler avec naturel et spontanéité, sans laisser apparaître la moindre désapprobation est difficile ; partir de la souffrance constitue donc un bon point d'ancrage pour initier le dialogue.

Approche de la question des consommations de produits

(FT : Les produits illicites et leurs effets, p. 90 - L'accueil social en urgence des UD, p. 88)

Culturellement, il est peu fréquent pour le travailleur social (TS) d'aborder des sujets au-delà de la demande exprimée sauf en matière de protection de l'enfance. Pourtant bon nombre d'adultes ne parviennent plus à exprimer des souffrances cachées, « honteuses » selon les représentations sociales, et se trouvent dans un état où leur liberté se trouve aliénée. Ils ne parviennent à crier qu'à la périphérie de leurs maux profonds. A la place d'esquiver cette plainte souvent exprimée de manière déroutante, le dialogue pourra être amorcé ainsi : « Au-delà de ce que vous me dites, j'entends que vous souffrez, je n'en connais pas le motif, mais cela vaudrait la peine que nous en parlions. Il y a toujours quelque chose à faire. »
Il n'est pas nécessaire d'attendre qu'une relation de confiance existe depuis des mois pour aborder la question de la « consommation » de produits avec un usager. Partir de sa souffrance permet d'éviter une attitude moralisatrice qui lui serait insupportable. S'intéresser à sa personne, au-delà du problème financier évoqué, sera accueilli positivement.

Orientation pour des soins

On pourra nommer les impressions/questions que l'usager nous renvoie : « J'ai l'impression que vous êtes angoissé ; Vous semblez malade, êtes-vous suivi par un médecin ? Sachez que si vous avez un problème de dépendance, un médecin généraliste peut vous aider... ».
Si la proposition de rencontrer un médecin remporte son adhésion, un appel téléphonique à un médecin de votre réseau personnel, facilitera la démarche et la préparera.
Vous lui indiquerez si Stéphane a les ressources et la prise en charge Sécurité sociale nécessaires pour payer les honoraires de la consultation (il s'agit ici de rassurer le médecin).
L'orientation vers un centre spécialisé n'est pas à privilégier en urgence (sauf rares exceptions).

Aide financière

Suivant les possibilités d'aide du service à votre disposition, il est important d'accueillir la demande financière de l'UD actif comme celle de tout citoyen, tout en s'obligeant à engager la discussion sur le comment va être dépensé l'argent. Il est primordial d'aborder préalablement la consommation des produits.

- Le patient a entamé une reconnaissance (même partielle) de sa consommation : il est donc possible de lui dire : « J'ai confiance en vos capacités profondes, mais je sais que le produit peut vous faire agir au-delà de vos désirs. Je vais demander une aide à hauteur de ... Mais le service enverra la somme directement à l'EDF. » Une aide en liquide (100 F maximums) ou en tickets service pourra aussi lui être remise, particulièrement si vous n'avez pas pu joindre un médecin qui le reçoive en urgence.
- Le patient a nié toute consommation : il faut parvenir aux mêmes actions (aide envoyée directement à l'EDF et dépannage pour la personne en liquide ou tickets), mais avec d'avantage de subtilité : « J'entends votre angoisse face à cette dette et je vais donc demander au service de la régler auprès de l'EDF. Mais je pense qu'autre chose vous préoccupe ; peut-être avez-vous besoin d'argent pour autre chose dont vous n'osez pas me parler. Je vais demander aussi 100 francs et vous donner rendez-vous dans quelques jours, nous pourrons parler un peu plus. »

Stéphane est aujourd'hui en manque, il faudra éventuellement susciter l'envie d'un rendez-vous futur (à proposer dans un avenir proche) où l'on pourra évaluer la situation globale et prévoir des actions à long terme.
(FT : Les bonnes questions à poser, p. 85)

Couverture sociale

(FT : Détenus/Sortants de prison, p. 112)
S'il n'a pas de droits Sécurité sociale ouverts, leur remise en route s'effectuera simplement par l'envoi du «bulletin de sortie» remis lors de sa libération, à la CPAM[1] de son lieu de résidence ou de domiciliation. Ses droits seront ainsi ouverts pour trois ans.
N.B. : il faudra signaler tout changement d'adresse.
Attention : ne pas oublier d'indiquer que son dossier est à récupérer auprès de la CPAM de la commune d'incarcération.

Aide médicale

■ Cf. Courrier type : Aide médicale en urgence
On peut obtenir quelques feuilles d'aide médicale en urgence ; elles se demandent auprès du Service de l'Aide Médicale de la commune du demandeur. Un appel ou un courrier du médecin facilite la démarche.
(FT : Aides médicales, p. 99)
■ Cf. Courrier type : Demande d'aide médicale d'urgence

Ressources

Si Stéphane n'a aucune ressource, il peut bénéficier d'une Allocation d'Insertion pendant une année après sa sortie de prison.
(FT : Détenus/Sortants de prison, p. 112)
La demande se fait auprès des Assedic. Une demande de RMI[2] (revenu différentiel) est également à déposer en complément.
(FT : RMI, p. 107)

Insertion professionnelle des sortants de prison

Il existe des structures et des ANPE[3] spécialisées (ou des conseillers spécialisés dans certaines ANPE), chargées de la réinsertion professionnelle des sortants de prison. Elles pourront conseiller Stéphane sur une orientation professionnelle, une formation...

Mesures judiciaires

Vous vous assurerez auprès de Stéphane d'une éventuelle mesure assortie à la sortie de prison (libération conditionnelle, sursis mise à l'épreuve, assignation à résidence, etc.) et qu'il respecte bien les conditions de sa libération.

Problème familial

Puisque vous connaissez la famille, vous pourrez proposer :

- si Stéphane a besoin de gagner en autonomie : un hébergement en dehors du milieu familial par exemple.

(FT : L'hébergement d'urgence, p. 134)

- s'il ne veut pas ou ne peut quitter sa famille : un travail auprès de la famille, puis éventuellement à terme, si nécessaire, une thérapie familiale, si la famille est consentante et prête à s'y investir.

Démarrer un processus d'insertion

Vous avez entamé une relation avec Stéphane, il est possible qu'il revienne vous voir : il est alors primordial de développer un « accompagnement » de la personne une fois que les problématiques administratives sont solutionnées et que le suivi médical commence à porter les fruits d'une stabilisation.
En seconde étape, il faudra essayer de trouver avec Stéphane, qui, parmi les personnes de son entourage hors réseaux de « galère » et non usager de drogue, pourra le soutenir dans ce parcours d'accompagnement. Bien que dans le cas de Stéphane les réponses soient aujourd'hui limitées à des réponses d'urgence, il est possible qu'une relation de confiance s'installe et que le travail puisse aller au-delà. Il faudrait lui demander s'il a déjà été suivi par d'autres professionnels et s'il vous autorise à contacter l'un d'entre eux avec lequel il s'est senti à l'aise. Vous pouvez aussi lui expliquer le bien-fondé de contacter, par exemple, le Comité de probation afin qu'une stratégie d'insertion soit mise en place à son profit.

La problématique du pharmacien

La demande au pharmacien

Un soir à la fermeture, Stéphane présente une ordonnance visiblement non conforme de buprénorphine HD, car il méconnaît la mise en place de l'ordonnance sécurisée. Compte tenu son état, vous décidez de l'orienter pour des soins en urgence.

L'essentiel

Devant cette ordonnance volée et falsifiée, le pharmacien doit, sans animosité aucune, expliquer à Stéphane en quoi son ordonnance n'est plus valable : désormais, pour obtenir de la buprénorphine il faut être en possession d'une ordonnance sécurisée.
Autant que faire se peut, le pharmacien doit tenter de mettre Stéphane à l'aise et le plus en confiance possible.

Le pharmacien doit essayer de le faire parler ; si Stéphane admet qu'il s'agit d'une ordonnance volée, il admet être dans une situation désespérée, sans aucun soutien médical, hors de tout circuit organisé.
Si Stéphane y consent, le pharmacien peut le mettre en rapport immédiatement avec un médecin généraliste qui pourra analyser sa situation et répondre de façon adaptée à ses besoins les plus urgents.
On peut considérer que si Stéphane quitte l'officine sans l'espoir d'une prochaine et rapide prise en charge, c'est un échec !

(FT : L'accueil de l'UD à l'officine, p. 89 - L'accueil social en urgence des UD, p. 88)

Pour finir, un questionnement empathique permettra au pharmacien de vérifier si Stéphane a de quoi se loger et se nourrir. Sinon, le pharmacien doit contacter un TS ainsi que les associations locales qui gèrent ce type d'exclusion.
Dans ce type d'actions, la rapidité est un facteur fondamental. Stéphane est sans doute en détresse ; l'officine doit être un lieu d'accueil, d'écoute et d'orientation.
Ceci étant, ce problème reste difficile à gérer ; le contrôle exercé ne peut être que partiel, car le nomadisme médical est une réalité.

Le travail en réseau

Le binôme médecin-pharmacien est la base de l'initialisation d'un traitement de substitution. Si le médecin décide de la prescription en première intention et peut revoir la personne dans une consultation rapprochée, le pharmacien de son côté délivrera les médicaments quotidiennement dans son officine avec le projet d'éviter les dérapages : il serait en effet assez pervers et dangereux de laisser l'UD ayant un gros problème d'addiction, seul avec plusieurs boîtes de médicaments opiacés et/ou psychotropes.

L'AS et le médecin, tous deux soumis au secret professionnel, ont un intérêt évident à travailler de concert en dépassant le cloisonnement culturel du sanitaire et du social. Certaines problématiques sociales influent considérablement sur la qualité de l'accès aux soins, leur continuité, l'observance des traitements. Le médecin s'attachera à contacter l'AS ou l'éducateur qui suit son patient et inversement, dans le respect des identités professionnelles, dès qu'un contact s'avèrera utile dans le cadre de la prise en charge globale (médico-sociale) du patient.

De même qu'un assistant social (AS) s'informe dès sa nomination des coordonnées de certains partenaires incontournables (Protection de l'enfance, secteur psychiatrique, alcoologie), il semble indispensable aujourd'hui d'avoir quelques contacts locaux afin d'orienter une personne dépendante, en manque ou en état de souffrance. Ce réseau personnel, tout AS peut aujourd'hui se le constituer aisément ; pour obtenir les coordonnées du réseau le plus proche, puis celles des médecins généralistes et pharmaciens voisins, il lui est possible d'interroger :

Drogue info service

DASS (service de santé publique) de votre département

Cf. Répertoire du travail en réseau

1. Caisse Primaire d'Assurance Maladie - 2. Revenu Minimum d'Insertion - 3. Agence Nationale Pour l'Emploi

Être enceinte et toxicomane
Le cas de Sonia

Sonia, que vous connaissez déjà comme UD, est enceinte de trois mois. Elle est suivie avec un traitement par méthadone et vit avec une copine dans un appartement qu'elles squattent. Sonia n'a fait aucun examen de grossesse ni sa déclaration à la CAF[2]. Elle veut élever seule son enfant et n'a plus aucun contact avec le père.

Le débat

Respect du patient et secret professionnel : l'UD est-il a priori un parent indigne ?
Quels sont les risques de la méthadone pour l'enfant ? Les établissements de soins, sont-ils tous adaptés à ce type d'accueil ?
D'un point de vue social et médical, le suivi devra être rapproché et le travail en équipe pluridisciplinaire devra s'imposer.

Médecin, sage femme, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

« J'ai des douleurs abdominales, est-ce ma grossesse qui pose un problème ? »

La demande à la sage femme

« Je suis enceinte depuis 3 mois est ce que la méthadone est contre indiquée comme médicament ? Est-ce qu'il va falloir désintoxiquer mon bébé ? »

La demande au travailleur social

« Je n'ai pas de sécu et j'aimerais bien avoir un logement correct pour mon bébé. »

La problématique du médecin

La demande au médecin

« J'ai des douleurs abdominales, est-ce ma grossesse qui pose un problème ? »

L'essentiel

La grossesse est un moment privilégié pour parfaire le bilan de santé de la femme UD qui est sous traitement de substitution. La régularité des consultations rendue indispensable par le traitement permet tant bien que mal l'organisation d'un suivi régulier.
Dans tous les cas, même en l'absence de problèmes sociaux, le travail en réseau doit s'imposer. L'orientation vers une maternité spécialisée est importante.

Examen clinique

(FT : Le bilan de santé du toxicomane, p. 87)

En ce qui concerne les douleurs abdominales, chez une femme enceinte de 3 mois, le médecin fera un examen clinique minutieux afin d'écarter un problème infectieux (infection urinaire, MST[2]) ou une menace de fausse-couche spontanée (présence de contractions, etc.).
La recherche d'une infection urinaire systématique à la bandelette permet le dépistage d'une bactériurie asymptomatique surtout en cas d'antécédents : uropathie préexistante, diabète.
Une menace de FCS[3] est toujours présente.
En dehors de cela, les classiques douleurs coliques, majorées par l'angoisse, on le sait, sont souvent là.

Prescription

Après l'examen clinique (pesée, hauteur utérine, TA[4], consignation des éléments sur un dossier), l'échographie sera l'examen de choix pour vérifier la vitalité du bébé et le risque d'une grossesse pathologique.
En cas de doute ne pas hésiter à prendre dès maintenant contact avec la maternité pour avoir un avis spécialisé.
Dans ce cadre la méthadone sera poursuivie. Le sevrage est absolument contre-indiqué.
(FT : Grossesse et toxicomanie, p. 156)

Le suivi

Un contact sera établi avec le TS qui suit Sonia afin d'échanger sur son cas et soutenir le travail de l'autre.
Le contact sera pris précocement avec la maternité qui accueillera la mère et son enfant.
Le suivi d'une femme sous méthadone n'est pas courant et nous devons choisir une maternité spécialisée avec une expérience de ce type de situations. On entrera directement en contact avec les sages femmes et l'on s'assurera que l'AS hospitalière soit entrée en relation avec l'AS de secteur.

La problématique du travailleur social

La demande à l'assistant social

« Je n'ai pas de sécu et j'aimerais bien avoir un logement correct pour mon bébé. »

L'essentiel

Un grand nombre d'actions sont à mettre en place, d'un point de vue social, c'est clair : il faut faire un diagnostic global, entamer les rapports avec la CAF, la recherche d'un logement, etc., et tisser un réseau pluridisciplinaire de proximité en partenariat très étroit avec l'hôpital pour accompagner Sonia dans son projet de vie.

Couverture sociale

Sonia peut bénéficier d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale dans le cadre de sa grossesse. Pour cela, il faut faire la déclaration de grossesse auprès de la CAF[1], si elle perçoit une allocation (RMI[5], API[6]...) ou auprès de son centre de Sécurité sociale, si elle est salariée. Elle recevra alors un carnet de maternité, dans lequel se trouvent les formulaires d'examens médicaux obligatoires à renvoyer à la Sécurité sociale.
(FT : Couverture sociale - Régime général, p. 96 - Assurance maternité, p. 101)

Hébergement

(FT : Hébergement d'urgence, p. 134 - Les aides au logement, p. 119)

L'accès à un logement social est souvent long, aussi peut-on privilégier une orientation vers un centre maternel qui permettra un accompagnement à la relation mère-enfant. Compte tenu du nombre restreint de places, une admission en prénatal est à favoriser.
Dans l'impossibilité d'accéder à un centre maternel, un hébergement en foyer (CHRS[7]) ou en appartement thérapeutique sont également possibles.
Si aucune solution n'est trouvée et si Sonia n'y est pas opposée, l'ASE[8] pourra prendre en charge quelques nuitées d'hôtel.

Ressources

Vérifier les ressources actuelles de Sonia en fonction de sa situation : familiale, et au regard de l'emploi... (API + AJE[9], ASF[10]).
(FT : Assurance maternité, p. 101 - Allocation Parent Isolé, Allocation Jeune Enfant, p. 136)

Inscription en crèche

Les difficultés d'accès en crèche sont à rappeler, une inscription précoce est à effectuer, par ailleurs, cette démarche peut avoir une portée éducative.

Protection de l'enfance

La relation mère-enfant et les capacités de Sonia à prendre en charge son bébé sont également à évaluer.
Dès que l'on évoque une « toxicomanie » chez une mère ou un père – souvent en amalgamant d'une part usage récréatif, usage excessif et dépendance, et d'autre part, produit à effet léger et produit à effet massif – nombre d'intervenants qui ne maîtrisent pas la question s'effrayent et envisagent rapidement un éloignement de l'enfant. Pourtant ne sont pas rares les parents qui savent gérer leur usage sans jamais mettre en péril leur enfant et l'éduquer comme tout un chacun, en le tenant éloigné de leurs pratiques.
Cependant, si une action est à entreprendre (orientation sur la PMI[11], signalement au substitut du Procureur de la République, ou demande d'une mesure d'assistance éducative), cela se fera après la naissance, de concert avec l'hôpital où Sonia aura accouché.
(FT : Le système de protection judiciaire de l'enfant et de la jeunesse, p. 128)
Force est de constater que les relations de l'UD avec ses propres parents sont souvent conflictuelles ; une rupture du lien familial existe parfois depuis de nombreuses années. La grossesse est alors un moment privilégié pour restaurer ce lien : l'AS pourra proposer une prise de contact avec les futurs grands-parents. Le changement de statut (parents devenant grands-parents) peut impulser un investissement affectif de leur part, dont l'enfant bénéficiera. De plus, leur soutien auprès de Sonia et de son bébé sera un élément déterminant en matière de protection de l'enfance.

La problématique de la sage femme

La demande à la sage femme

« Je suis enceinte depuis 3 mois est ce que la méthadone est contre indiquée comme médicament ? Est-ce qu'il va falloir désintoxiquer mon bébé ? »

L'essentiel

Le suivi sera rapproché comme pour toute grossesse à risque ; les 2 principaux risques de la toxicomanie sur la grossesse sont la prématurité et le risque de souffrance fœtale liée à l'éventuel manque de la mère. Les risques sont réduits en cas de prise de méthadone. Il faut l'expliquer dès le début à la patiente pour qu'elle soit partenaire de son suivi et consciente de l'importance de la qualité de ce suivi.

Grossesse et méthadone

La méthadone n'est pas contre-indiquée, elle est au contraire indiquée pour une patiente enceinte dépendante à l'héroïne. Ce qui est contre-indiqué c'est l'arrêt brutal de la méthadone pendant la grossesse ou la diminution avant 14 semaines ou après 32 semaines. En dehors de ces périodes, on peut diminuer lentement la méthadone mais sous surveillance obstétricale.
Il n'y a pas de risque de malformation lié à la méthadone.
Il n'est pas inutile de rappeler aux parents que c'est beaucoup moins dangereux que l'héroïne et qu'il faut prendre un seul produit et non plusieurs. Soyez vigilant face à la polytoxicomanie.

N.B. : Contre-indication : il faudra rappeler à l'équipe obstétricale de ne pas délivrer de nalbuphine : une patiente sous méthadone risque une crise de manque ; c'est le rôle de l'anesthésiste d'en informer les sages-femmes.

La désintoxication du bébé

C'est la première inquiétude des parents et de leur entourage, ils vont poser la même question à tous les intervenants pour se rassurer. Il est très important que tous répondent la même chose sinon le risque est grand de déstabiliser les parents.
La méthadone passe dans le placenta, le bébé reçoit la méthadone pendant la grossesse, rien ne permet de dire en quelle quantité.
Dans les jours qui suivent la naissance, **un syndrome de sevrage peut se déclarer.** Ce syndrome sera d'intensité variable, sans apparemment de corrélation avec la quantité de méthadone absorbée par la mère, rien ne permet d'en prévoir l'importance. Le délai de quelques jours permet l'installation de la relation mère-enfant et facilite la préparation de ce passage

tant redouté par les parents. Il faut inviter les parents dès la naissance à passer le plus de temps possible avec leur enfant. **Ne pas séparer la mère et l'enfant à la maternité a une efficacité clinique et sociale,** cela permet une bonne évaluation de la qualité de la relation mère-enfant et en cas de nécessité de placement, un placement constructif (éviter de trop judicialiser le placement dans la mesure du possible), le plus souvent il sera temporaire chez une assistante maternelle dans l'attente de la resocialisation de la mère (logement, etc.)

La surveillance néonatale de l'enfant

Attention : le pédiatre et l'équipe obstétricale seront bien informés préalablement du traitement à la méthadone de la mère.
L'enfant sera mis sous surveillance. La surveillance consiste en un examen quotidien du pédiatre et un examen 6 fois par jour par la sage-femme ou la puéricultrice, qui vise à déceler une hyper activité.
Il sera sevré ou traité par un opiacé si nécessaire. Si l'enfant reçoit un traitement opiacé dont la durée variera de 1 à 5 semaines, il faut rassurer les parents car le traitement est de très courte durée.
Cette étape constitue un fort moment de culpabilisation des parents qui peuvent avoir peur du jugement des professionnels. Il faut valoriser leur rôle et leur expliquer que leur aide est capitale pour que l'enfant aille mieux et qu'il a besoin d'eux. Vous les inviterez, dès la naissance, à serrer l'enfant dans leurs bras, le bercer, le toucher, lui parler mais éviter de le stimuler.
(FT : Grossesse et toxicomanie, p. 156)

Le travail en reseau

Tous les intervenants doivent rester en relation téléphonique, y compris après la naissance (rôle de la PMI). Il est primordial de **toujours** se connecter avec les autres intervenants avec l'accord des parents, en leur en expliquant le pourquoi et ce qui va être dit. Procéder autrement comporte le risque d'une perte de contact.
Sans protection sociale, le suivi médical restera précaire. Le médecin doit faire la déclaration de grossesse. Il peut en plus attester du suivi de sa patiente afin que la CAF[1] accepte la déclaration malgré les délais.

Cf. Courrier type : attestation de suivi médical de la grossesse

Il contactera une maternité ayant l'expérience des traitements de substitution afin que la mère soit accueillie au mieux (pour cela, contacter la DASS[12] du département).
Il est essentiel que le TS prenne contact avec le médecin généraliste qui suit Sonia, notamment afin de se faire confirmer que la déclaration de grossesse, malgré le retard, ainsi que le premier examen médical ont bien été effectués. Ce premier contact permettra un travail de concert pour un meilleur suivi de la grossesse.
Un contact précoce s'avère indispensable avec l'AS de la maternité choisie : suivant son expérience et celle de son équipe en matière de toxicomanie, votre évaluation de la situation complétera les données recueillies par la maternité et/ou atténuera la représentation de l'UD comme « mauvaise mère ».
Si Sonia n'est pas prise en charge par un centre maternel mais accède au logement, l'orientation sur la PMI[11] de son secteur sera envisagée.
Il est important de préparer la sortie de l'hôpital, tous les professionnels qui interviennent tôt dans la période anténatale auront ensuite une relation privilégiée avec les parents. Par ailleurs, l'implication précoce des différents intervenants médico-sociaux dans le suivi évitera, par la suite, le réflexe de placement de l'enfant du fait de certains préjugés.
Enfin, tout doit être fait pour ne pas séparer la mère et l'enfant.
Chaque professionnel qui l'entoure devra prendre en considération l'entourage proche de Sonia. Il est essentiel qu'elle puisse reconstruire ses liens sociaux dits naturels et se retrouver petit à petit dans des réseaux proches d'elle. Quel que soit le mode d'entrée (médical, social, etc.) n'oublions pas que ces réseaux permettront de créer un environnement social favorable à l'accompagnement de la personne et de son enfant.
Sonia a certainement eu dans son entourage des personnes avec lesquelles elle a interrompu les relations, du fait de sa prise de produits.
Le professionnel tentera de chercher avec elle avec qui elle pourra éventuellement retisser des liens (amis d'école, parents, membres de sa famille, etc.) afin qu'elle puisse avoir un appui de proximité. Il est important d'amener Sonia à rencontrer d'autres jeunes mères afin de lui permettre d'exprimer, d'échanger, et de se confronter à la problématique de la « jeune mère ».
On peut aussi l'inviter à rechercher dans son voisinage avec qui elle pourrait entrer en contact et échanger des services.
Dans la mesure où des personnes de son entourage souhaiteraient plus d'information, par exemple sur la substitution ou exprimeraient des craintes vis-à-vis de la situation de Sonia, il serait souhaitable de préparer Sonia à ces réticences et éventuellement recevoir ces personnes qui peuvent se révéler très utiles dans le soutien de proximité. Cela peut contribuer à les aider à reconstruire une relation.

1. Caisse d'Allocations Familiales - 2. Maladie Sexuellement Transmissible - 3. Fausse Couche Spontanée - 4. Tension Artérielle - 5. Revenu Minimum d'Insertion
6. Allocation Parent Isolé - 7. Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale - 8. Aide Sociale à l'Enfance - 9. Allocation Jeune Enfant
10. Allocation de Soutien Familial - 11. Protection Maternelle et Infantile - 12. Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

Être toxicomane et séropositif
Le cas de Ahmed

Ahmed poursuit son traitement de substitution par méthadone depuis deux mois avec son médecin généraliste. Il a enfin fait un test de dépistage VIH. Le dernier avait été effectué, il y a 5 ans en prison. Malheureusement il s'est révélé non seulement séropositif, mais son bilan immunitaire montre aussi qu'il est arrivé dans une zone dangereuse avec un fort déficit immunitaire. Son médecin lui demande de consulter à l'hôpital voisin qui pourra lui proposer un traitement antiviral. Ahmed se pose beaucoup de questions d'autant qu'il est dans une situation de fragilité sociale avec, pour le moment, aucun revenu.

Le débat

Comment allier continuité/observance d'un traitement lourd, hygiène de vie et précarité mais aussi prise en compte tant somatique qu'humaine et morale.
Le débat autour de la séropositivité dans la population UD est celui de l'accès aux soins et plus généralement de l'accès à la santé.
Etre séropositif, prendre un traitement antiviral, d'une part, et, d'autre part être touché par la dépendance à l'héroïne plus la précarité constituent un cumul des handicaps sociaux et médicaux.
C'est cette population qui est à risque social de mauvaise observance de traitements antiviraux pour de multiples raisons : accès restreint à l'information, manque de revenu et donc d'équilibre alimentaire, précarité sociale et rupture des liens familiaux. Trop souvent ces déterminants ne sont pas pris en compte et les professionnels de la santé ont donc, dans le cadre de la prise en charge globale, à se battre point par point afin que l'observance soit la meilleure possible.

Médecin, pharmacien, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

Qu'est ce qu'un traitement antiviral, comment ça se passe ? Il paraît qu'il y en a plusieurs ? Est-ce vous qui allez me suivre ?

La demande au pharmacien

« Est-ce que je peux prendre ma méthadone et ma trithérapie, ce n'est pas contre-indiqué ?
Comment faut-il prendre les comprimés : avant les repas ; à jeun, faut-il boire ? Est-ce que c'est cher, comment je vais faire pour payer ? »

La demande au travailleur social

« Je n'ai pas de revenus, je ne mange pas à ma faim, ni régulièrement. Mon médecin me répète à chaque consultation que je dois avoir une bonne hygiène de vie. »

La problématique du médecin

La demande au médecin

Qu'est ce qu'un traitement antiviral, comment ça se passe ? Il paraît qu'il y en a plusieurs ? Est-ce vous qui allez me suivre ?

L'essentiel

L'annonce consécutive du fait d'être touché par le VIH et d'avoir un déficit immunitaire nécessitant un traitement, c'est-à-dire avoir le sida, est extrêmement anxiogène et nécessite la participation de toute une équipe médico-psychosociale pour accompagner la personne.

Soutien psychologique

La difficulté sera pour Ahmed, peu enclin culturellement à être suivi dans une telle structure, d'accepter l'hôpital comme lieu de soin.

Le médecin généraliste au fur et à mesure des consultations, qui devront être rapprochées, expliquera l'infection à VIH, les différents traitements, le suivi, ainsi que les règles de prévention. Il s'assurera également que la situation psychologique et sociale de son patient sont bien prises en compte, notamment en ce qui concerne les conditions de vie.

Les traitements

Aujourd'hui les traitements antiviraux sont bien plus simples à prendre. Parfois ils se prennent même en deux prises. Le médecin traitant accompagne la personne face à ses difficultés, aide à l'observance et veille aux effets secondaires. Il surveille les interactions médicamenteuses. Ceci se fait de concert avec le pharmacien à condition qu'il délivre la prescription.

N.B. : Ici, le service hospitalier accepte un suivi conjoint ville/hôpital ce qui n'est pas le cas le plus fréquent. Concernant le suivi conjoint, il restera une bataille à mener la plupart du temps afin que le travail en binôme qui n'est pas évident au départ puisse se construire et que le patient ait la certitude d'être pris en compte par une équipe médicale soudée.

(FT : Etat des connaissances sur le VIH, p. 152 - La grossesse chez la femme enceinte infectée par le VIH et l'infection par le VIH chez l'enfant, p. 154 - Virus des hépatites et VIH : co-infection VIH/hépatite C, p. 155)

Cf. Carnet d'adresses national

Précarité sociale

Il est conseillé au médecin de prendre contact avec l'AS référent afin de mettre en œuvre les actions conjointes.

Souvent le médecin généraliste, le médecin de famille, est celui à qui l'on s'adresse pour avoir de plus amples informations sur les traitements et sur le fonctionnement de l'hôpital.

Nous avons à notre disposition plusieurs plaquettes d'informations éditées en général par les associations et/ou par le Ministère de la santé ; elles sont précieuses et il est recommandé de s'en procurer afin d'en avoir toujours sous la main.

La problématique du travailleur social

La demande à l'assistant social

« Je n'ai pas de revenus, je ne mange pas à ma faim, ni régulièrement. Mon médecin me répète à chaque consultation que je dois avoir une bonne hygiène de vie. »

L'essentiel

Ahmed est très préoccupé, il va certainement être traité par trithérapie. Son médecin généraliste lui a expliqué que ce type de traitement va de paire avec un bon équilibre alimentaire.

Son parcours, parsemé d'errance et de rupture, le place dans une attitude de méfiance et de difficulté à créer des liens.

Notre démarche doit tendre vers le retissage de ces liens. Prendre sa demande, voire ses demandes, au sérieux sera le premier pas vers une relation durable avec Ahmed. Un traitement par trithérapie est très contraignant, moralement et physiquement. Lui signifier donc que l'on peut entendre sa souffrance est fondamental, même si cette dernière n'est pas exprimée.

Ressources

Situation du patient	Orientations et démarches à effectuer
S1 - Bénéficiaire du RMI	Contacter son médecin pour l'Instruction de la demande de reconnaissance du statut d'Adulte Handicapé auprès de la COTOREP[1] qui donne droit à l'AAH[2] et éventuellement à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. *(FT : COTOREP et AAH, p. 105)*
S2 - N'a jamais travaillé	Faire simultanément une demande de RMI[3] et les démarches décrites en S1. *(FT : RMI, p. 107 - COTOREP et AAH, p. 105)*
S3 - Vient d'être licencié	Vérifier si le licenciement n'est pas abusif ; S'il a travaillé au moins 122 jours sur les 8 derniers mois, faire valoir le régime d'assurance-chômage et s'il est malade l'arrêt maladie pour les indemnités journalières (voir avec le médecin). Elles sont parfois plus intéressantes financièrement que les ASSEDIC et repoussent d'autant les droits. Un dossier de demande d'aide financière peut être instruit auprès du Fonds social de l'ASSEDIC. *(FT : Arrêt de maladie, p. 102 - ASSEDIC, p. 117 - Fonds social de l'ASSEDIC, p. 118)*
S4 - Salarié	Son médecin, s'il le croit opportun, peut lui proposer un arrêt maladie et dans ce cas faire valoir les indemnités journalières. *(FT : Arrêt de maladie, p. 102)*
S5 - Si sa pathologie devient invalidante	Il peut accéder à la maladie de longue durée (indemnités journalières) prise en charge par la Sécurité sociale pendant trois ans. Au-delà de cette période une pension d'invalidité peut être versée. **N.B. :** cas des assurés du régime général *(FT : Arrêt de maladie, p. 102 - Longue maladie - ALD 30, p. 103 - Sida et protection sociale, p. 113)*

Proposer à Ahmed de contacter son médecin généraliste ou hospitalier pour la mise en place de l'AAH[5] et pour remplir le dossier COTOREP.
Vérifier s'il a droit à une allocation logement et s'il peut prétendre à une allocation d'aide à l'autonomie.
(FT : Aides au logement, p. 119)

Activités - Gestion du temps libre

S'il s'ennuie, l'orienter vers la mairie pour des activités de loisirs ou sportives car les prix sont souvent abordables. Certaines associations notamment de lutte contre le SIDA proposent également des ateliers et/ou stages d'expression artistique, des groupes de parole, du théâtre, des sorties culturelles, des soirées à thème. Ahmed pourra éventuellement y faire de nouvelles rencontres et créer des liens sociaux avec ces personnes.

Conditions de vie

1. Conservation des médicaments

Vérifier avec Ahmed les conditions dans lesquelles il vit. En cas par exemple d'absence de réfrigérateur, équipement indispensable à la conservation des traitements contre le VIH, il faudra lui proposer de demander différentes aides financières pour qu'il puisse s'en acheter un. Exemples de support financier : Secours Populaire, Secours Catholique, associations de lutte contre le SIDA.

2. Équilibre nutritionnel

- Certains CCAS[6] sont en mesure de donner des tickets services ou des aides subsistance pour l'alimentaire et l'hygiène, sinon contacter les associations de lutte contre le SIDA et les associations caritatives.
- Lui communiquer une liste d'adresses où il peut manger à peu de frais (exemple : liste AIDES).
- Une demande d'aide financière ponctuelle auprès du CCAS est à envisager, cette démarche pourra faire lien et rassurer Ahmed.
- Avec son accord, organiser un rendez-vous avec des groupes de patients encadrés par un nutritionniste afin de lui donner les bases alimentaires essentielles, en adéquation avec des budgets modestes (se renseigner auprès des hôpitaux ou AIDES).
- Se renseigner auprès des communes pour d'éventuelles prestations complémentaires.
- Contacter le médecin pour la prescription de compléments nutritionnels pris en charge par la Sécurité sociale (sous réserve d'une demande préalable auprès de la CPAM[7]).

(FT : Etat des connaissances sur le VIH, p. 152 - La grossesse chez la femme enceinte infectée par le VIH et l'infection par le VIH chez l'enfant, p. 154 - Virus des hépatites et VIH : co-infection VIH/hépatite C, p. 155)

Cf. Carnet d'adresses national

La problématique du pharmacien

La demande au pharmacien

« Est-ce que je peux prendre ma méthadone et ma trithérapie, ce n'est pas contre-indiqué ? Comment faut-il prendre les comprimés : avant les repas ; à jeun, faut-il boire ? Est-ce que c'est cher, comment je vais faire pour payer ? »

L'essentiel

Le rôle du pharmacien est de répondre aux questions d'Ahmed en le rassurant et en l'aidant concrètement pour la bonne observance de son traitement.
A cet égard, il convient de recevoir Ahmed dans un espace de confidentialité et l'entretien peut être à la fois clair et direct.

Il n'y a pas de contre-indication entre la prise de la méthadone et la trithérapie, mais il faut évaluer les interactions.

La prise du traitement

Outre l'explication orale, le pharmacien doit concevoir, par écrit, un tableau de posologie. De plus, il faut donner à Ahmed des conseils pratiques permettant d'augmenter l'efficacité du traitement. Par exemple :

- prise du saquinavir avec du jus de pamplemousse et en post-prandiale,
- meilleure biodisponibilité à jeun pour l'indinavir, etc.

Par ailleurs, le pharmacien doit exercer une surveillance stricte des associations médicamenteuses déconseillées qui sont très nombreuses.

Coût et prix en charge du traitement

Ahmed bénéficiant d'une prise en charge à 100 %, il faut lui rappeler qu'il n'engagera aucune dépense.

Conservation des médicaments

En ce qui concerne la conservation des médicaments, le pharmacien peut proposer de les stocker dans le réfrigérateur de l'officine.

(FT : Etat des connaissances sur le VIH, p. 152)

Le travail en réseau

L'essentiel du travail en réseau s'articulera entre le médecin hospitalier et le médecin généraliste, entre le médecin traitant et le pharmacien, et avec les structures sociales. Une réunion de synthèse semble s'imposer. Beaucoup d'actions sont à entreprendre, tant du côté médical que social. Une concertation du binôme médecin/AS est indispensable afin de planifier et organiser les étapes successives à un rythme supportable pour le patient. L'objectif est clair : non seulement échanger entre professionnels mais alerter l'autre : le médecin ne sait pas forcément que son patient ne mange pas à sa faim, le pharmacien ignore qu'il ne prend pas la prise du midi après un repas. L'AS de son côté n'hésitera pas à contacter les autres professionnels pour les informer des difficultés rencontrées par le patient.
Le travail en binôme permet au patient d'avoir une équipe médico-sociale parfaitement informée de sa situation ainsi qu'une cohérence et une cohésion du projet, ce qui est très rassurant. C'est avec le patient que nous allons créer un petit réseau constitué de disciplines diversifiées et complémentaires.
Chaque membre de l'équipe sera très vigilant et facilitera l'expression des difficultés physiques et psychologiques associées à la prise du traitement et des effets secondaires indésirables, en particulier durant les premiers mois.
Cette écoute compréhensive peut empêcher le patient d'en arriver à une attitude de rejet et/ou d'abandon du traitement sans même le signaler à ses interlocuteurs.
Le suivi de l'observance pour un tel patient doit être la préoccupation de tout intervenant : le médecin bien sûr, et le pharmacien qui est en première ligne car d'accès facile. L'AS peut être conduit à en parler : non pas d'un point de vue technique mais relationnel : c'est un traitement dur, les encouragements ne doivent pas êtres limités. L'AS peut aussi constater une faible observance non dite au médecin (que le patient ne voudra pas inquiéter..). Le travail en réseau est donc ici primordial.

Travail sur les réseaux de Ahmed

Le travail en réseau des professionnels est important mais pas suffisant.
Ahmed n'est peut-être pas en mesure de surmonter ce moment seul s'il n'est pas aidé par des membres de ses réseaux naturels pour l'appuyer dans ses démarches. La gestion de sa vie quotidienne, ses besoins d'exprimer et d'échanger avec d'autres ne sauraient se limiter à l'intervention des seuls professionnels.
Son état de santé et sa souffrance ont certainement affaibli ses liens avec ses proches.
Vous rechercherez avec Ahmed les personnes avec lesquelles il a gardé des contacts (membres de la famille, amis, etc.) et qui sont susceptibles de l'aider et d'échanger avec lui.
Pour cela une discussion sera engagée sur ses relations amicales et familiales et les personnes qui lui sont proches.
Par ailleurs, les professionnels réfléchiront ensemble sur la manière de constituer autour d'Ahmed de nouveaux réseaux de soutien. Ils s'interrogeront aussi sur le moyen d'intégrer Ahmed à ces réseaux afin qu'il se sente à l'aise et entouré.

1. Commission Technique d'Orientation et Reclassement Professionnel - 2. Allocation Adulte Handicapé - 3. Revenu Minimum d'Insertion
4. Affection de Longue Durée - 5. Allocation Adulte Handicapé - 6. Centre Communal d'Action Sociale - 7. Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Sevrage ou traitement de substitution
Le cas de Fatoumata

Fatoumata, 19 ans, sort d'un entretien avec un juge après avoir été prise avec quelques grammes d'héroïne sur elle. Il l'invite à se soigner. Elle vient pour cela.

Le débat

Le débat, d'ailleurs très français, sur le sevrage est encore vif.
La notion de sevrage et donc d'abstinence, demeure encore très forte sinon majoritaire chez les professionnels. La réflexion n'est pas terminée. En quels cas proposer un sevrage plutôt qu'un traitement de substitution ? Quel comportement éthique adopter ?
Si la demande de sevrage intervient après plusieurs échecs nous devons exposer qu'il y a une autre voie que l'abstinence.
Le traitement de substitution peut être expliqué en termes simples à chaque UD pour l'aider dans son information.

Médecin, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

« Le juge m'a demandé de me soigner. Dois-je faire un sevrage ou prendre des médicaments ? »

La demande au travailleur social

« J'ai besoin d'une post-cure pour y aller dès ma sortie du sevrage. »

La problématique du médecin

La demande au médecin

« Le juge m'a demandé de me soigner. Dois-je faire un sevrage ou prendre des médicaments ? »

L'essentiel

Face à une demande de sevrage, le médecin a aujourd'hui plusieurs cas de figures qui s'ouvrent à lui en fonction de la situation de son patient et de l'historique de toxicodépendance.

S'il s'agit d'une personne qui a déjà eu recours à plusieurs cures de sevrage et qui reste sur un constat d'échec, il est inutile de lui en proposer un à nouveau. L'indication d'un traitement de substitution par la buprénorphine HD ou par la méthadone se pose alors.

(FT : Les règles de la buprénorphine HD, p. 140 - Méthadone, mode d'emploi, p. 141)

Face à une polytoxicomanie associant héroïne, médicaments et alcool, l'indication d'un sevrage en milieu spécialisé peut être discutée non pas tant pour l'héroïne qui peut être l'objet d'un traitement opiacé mais pour les benzodiazépines et l'alcool (pour lesquels il n'existe aucun traitement de substitution) qui nécessitent un sevrage confié à une équipe formée et compétente avec toutes les garanties de suivi et de surveillance nécessaires.

Attention ! La prise en charge de ce type d'hospitalisation fera l'objet d'un contact avec l'AS.

(FT : Sevrage et conférence de consensus, p. 147 - La loi 1970, p. 77)

Pour un UD, jeune comme Fatoumata ayant une courte période d'usage d'héroïne (de 1 à 2 ans) avec une pharmacodépendance faible, un environnement favorable ainsi qu'un entourage présent, il est préférable de ne pas entamer de traitement de substitution mais d'essayer un sevrage classique en ambulatoire ou à l'hôpital. Dans ce cas précis, ils peuvent être couronnés de succès.

STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES

Le sevrage ambulatoire peut être effectué si l'UD vit dans un environnement favorable (compagnon, compagne, famille, parents). Il devra s'appuyer sur le médecin qui effectuera des consultations rapprochées, le pharmacien qui pourra avoir un contact quotidien, et l'entourage qu'il faudra soutenir, particulièrement dans la gestion des différents médicaments utilisés.

Classiquement les psychotropes sont utilisés à doses filées et parfois aussi la guanfacine ou la clonidine ; les antalgiques peuvent être donnés (exceptés les opiacés). Les soins d'un kinésithérapeute peuvent être associés à des massages, soins en piscine et traitement physiothérapeutique.

A ce moment-là, le travail avec un psychothérapeute peut s'engager. C'est une ouverture propice à la démarche.

Le sevrage hospitalier

Un sevrage hospitalier peut être organisé avec le concours, habituellement, du centre spécialisé local qui aura déjà tissé des liens avec un service de médecine ou de psychiatrie.

Le rendez-vous sera programmé à l'avance avec le référent toxicomanie de l'hôpital et un lit de libre sera recherché.

Le sevrage peut durer de huit jours à trois semaines et associer plusieurs thérapies : antalgiques, relaxantes, ainsi que la physiothérapie et la kinésithérapie.

La présence du centre spécialisé assurée par un éducateur ou un psychologue est prévue, de manière régulière.

Les contraintes de ce type de sevrage dans certains hôpitaux peuvent s'avérer très sévères : contrat interdisant tout contact avec la famille, fouille à l'entrée, interdiction de sortie, interdiction de contact avec les autres malades. La non-acceptation de ces contraintes ou l'incapacité à les tenir amènent parfois le sevrage à être écourté et sont une cause non négligeable d'échec.

Post-cure

À l'issue du sevrage qu'il soit ambulatoire ou hospitalier, il est classique de proposer une post-cure, c'est-à-dire un séjour dans un centre à orientation éducative et communautaire avec une problématique occupationnelle.

La question posée en France demeure l'accès restreint à ce type de centres et leurs longues listes d'attente. Un délai trop long entre la sortie du sevrage et le départ en post-cure est aussi source d'échec.

La problématique du travailleur social

La demande à l'assistant social

« J'ai besoin d'une post-cure pour y aller dès ma sortie du sevrage. »

L'essentiel

Préparer le sevrage est une étape essentielle mais insuffisante. En effet, il est préférable de préparer avec Fatoumata une admission dans un centre de post-cure avant même son hospitalisation pour sevrage en raison des délais d'admission. Le choix de la post-cure se fera suivant sa localisation mais surtout en fonction de la problématique psychologique et sociale de l'usager (voir la composition de l'équipe, les activités proposées, le règlement à respecter). Il est important de réfléchir simultanément à l'après post-cure.

Le sevrage

Après l'indication médicale de sevrage, le TS devra se préoccuper si le sevrage peut être pris en charge dans le cadre de la loi de 70, assurant l'anonymat et la gratuité des soins. Sinon il faudra vérifier la prise en charge Sécurité sociale et complémentaire afin que son hospitalisation pour sevrage ne soit pas un problème ajouté.

(FT : La Loi 70, p. 77 - Le sevrage, p. 147 - Couverture sociale - Régime général, p. 96 - Aides médicales, p. 99 - Documents nécessaires à l'hospitalisation, p. 98)

Demande de post-cure

Faire une demande de post-cure est un long chemin durant lequel le TS devra soutenir la personne.

Quelle que soit la post-cure choisie, ce sera le volontariat de l'UD qui sera primordial. Sa demande devra, suivant les post-cures, être accompagnée d'un rapport social et parfois d'un compte-rendu médical. Cependant, certaines institutions souhaitent que la demande émane uniquement de la personne sans qu'aucun professionnel ne prenne contact avec le centre.

La démarche à entreprendre est un contact téléphonique pour connaître les modalités d'admission. Communément, à la suite de ce contact téléphonique, une lettre de motivation sera envoyée. La personne aura à se manifester régulièrement afin d'être admise en post-cure ce qui n'est pas sans provoquer découragement, car les délais d'admission sont souvent très longs (un à deux mois).

Notons que certains lieux de post-cure n'admettent pas les patients substitués, il est indispensable d'évoquer cette question dès le premier entretien.

Une certaine vigilance est à adopter quant à la composition de l'équipe de la post-cure, à la durée du séjour, et au projet d'établissement.

Concernant le financement de la post-cure, il n'y a pas de démarche particulière à entreprendre puisque c'est une prise en charge DDASS[1] et il incombe à l'établissement de s'occuper de tout.

Transport

Les centres ne se trouvant que très rarement proches du domicile de la personne, il est nécessaire de se préoccuper du transport. Deux possibilités s'offrent au professionnel.

La personne n'a pas de ressource ou trop peu : bien négocié notamment sur un plan somatique, la Sécurité sociale peut alors prendre en charge le transport. Sinon, il est possible de faire des demandes d'aide financière auprès d'associations.

Pour certains UD, il peut être « thérapeutique » de participer financièrement aux soins. Ainsi, payer tout ou une partie du transport pourra être travaillé durant les entretiens avant le départ.

Attention : Il faut penser à demander une aide financière pour soutenir le projet de départ ou faire face aux menus frais personnels sur place. Dans le cas de Fatoumata, vu son âge, une demande au Fonds d'Aide au Jeune peut être effectuée. (Pour le Fonds d'Aide au Jeune : se renseigner auprès de la DASS ou du Conseil général, les procédures diffèrent considérablement suivant les départements).

La préparation du retour de post-cure

Suivant la durée du séjour en post-cure, un projet à plus long terme est sûrement déjà à envisager : formation, stage, hébergement, etc. Si la vie à la campagne hors de l'environnement habituel facilite l'éloignement du ou des produits, elle ne prépare pas le retour aux réalités quotidiennes. Le retour est un moment de fragilité donc de risques, la vigilance est par conséquent de mise.

La plupart des personnes qui partent en post-cure reviennent à leurs lieux naturels, leur ville, et leur quartier. Il est important de souligner que dans le parcours de l'UD le sevrage et la post-cure ne sont que des parenthèses.

L'accompagnement social ne fera pas l'économie de recevoir Fatoumata à son retour de post-cure, ni celle de la préparation du retour lors des premiers entretiens.

De fait, les démarches concernant le logement, ou la recherche d'une place en foyer, la recherche de stages de formation et la préparation de la famille et de l'entourage au retour de Fatoumata, seront effectuées en amont.

Le travail en réseau

La coordination de départ entre le médecin traitant, l'AS et le centre de post-cure, est primordiale, mais tout autant la continuité de la coordination entre le centre de post-cure et les membres du réseau en ville pour préparer la sortie du patient en collaboration. Ainsi, on limitera le risque de rechute lié à un environnement social défavorable et cela aidera à maintenir l'abstinence.

Il n'est pas suffisant de préparer la patiente, mais il faudrait aussi le soutien des personnes qui vont l'entourer à son retour de post-cure (famille, amis, voisins du quartier).

Soulignons que l'absence de produits dans la vie des usagers créer un « vide social ». Les intervenants des réseaux doivent discuter avec la personne et réfléchir avec elle comment remplacer petit à petit ce vide par des réseaux d'appartenance divers pour que Fatoumata se sente à l'aise. Il faudra chercher parmi les membres les plus proches de sa communauté qui pourrait l'aider à trouver un appui affectif.

1. Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

Un hébergement en urgence, est-ce possible ?
Le cas de Bruno

Bruno, 20 ans, est à la rue depuis une semaine. Il est fatigué. Il vient quand même vous voir car il a rendez-vous. Cependant son moral est au plus bas. Il observe tant bien que mal son traitement de buprénorphine HD mais ne prend plus les antibiotiques prescrits lors d'un passage aux urgences pour une bronchite.

Le débat

Un environnement favorable est nécessaire pour se soigner : le social est intimement lié à la prévention médicale (ici si le patient ne reçoit pas de soins pour sa bronchite, elle pourrait évoluer vers une pneumonie, une hospitalisation coûteuse et d'éventuelles séquelles médicales). Le médecin doit donc connaître dans les grandes lignes les actions possibles de l'AS dans cette situation ou s'en informer auprès de lui.

Du fait de la précarité de leurs conditions de vie, les patients qui vivent à la rue sont particulièrement exposés : au risque infectieux, au vol, à la violence, à la rechute.

Médecin, pharmacien, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

« Je suis à la rue. J'ai perdu mes antibiotiques. Je tousse toujours. Je veux être hospitalisé, en fait, je suis fatigué, je veux me reposer… J'en ai marre. »

La demande au pharmacien

« Il est 15 heures, je ne sais pas où dormir ce soir. J'ai perdu tous mes papiers, ma carte de Sécurité sociale, ma carte d'identité… »

La demande au travailleur social

« J'ai besoin de cette ordonnance (celle que vient de me donner le médecin) mais j'ai perdu ma carte de Sécurité sociale. »

La problématique du médecin

La demande au médecin

«Je suis à la rue. J'ai perdu mes antibiotiques. Je tousse toujours. Je veux être hospitalisé, en fait, je suis fatigué, je veux me reposer... J'en ai marre.»

L'essentiel

Par sa demande, Bruno exprime sa solitude et son mal-être. Il est seul, découragé, et ne croit plus à son traitement.

Face à une telle situation de détresse physique et morale, le médecin sait que son rôle ne peut être que complémentaire à celui de l'intervention sociale.

Il n'est pas en mesure de soigner correctement une personne qui vit dans des conditions sociales très délabrées, qui ne peut dormir et manger dans des conditions satisfaisantes et acheter les médicaments prescrits. Le médecin peut malgré tout, par l'écoute et le suivi, apporter une aide morale certaine.

Il peut aussi diagnostiquer une réelle dépression et pour cela il ne faut pas hésiter à engager un traitement antidépresseur classique comme pour n'importe quel malade.

Traitements

La buprénorphine HD doit bien sûr être continuée coûte que coûte car ce traitement est la base de toute la prise en charge.

Eléments de vigilance

Attention à l'utilisation concomitante de benzodiazépines chez un jeune qui peut devenir polytoxicomane. Ne pas hésiter tout comme pour la buprénorphine HD à demander une délivrance fractionnée par le pharmacien de façon à permettre un meilleur cadrage de son suivi.

Quant à sa bronchite, il faut lui donner des antibiotiques de sa propre réserve de médicaments si l'on veut être efficace sur le champ.

Il est clair que l'intervention du médecin est dans le cas de Bruno bien limitée. La cause et la solution de son mal être sont avant tout sociales. Le médecin doit rapidement s'il est le premier intervenant à être contacté, orienter cet UD vers le dispositif social d'aide et d'accompagnement. Pour cela, il peut prendre un contact téléphonique immédiat avec un service social ou préparer un courrier qui facilitera l'accueil de son patient par ledit service ; cela confortera Bruno dans l'idée qu'il est activement appuyé par son médecin.

Cf. Courrier type : Demande de bilan social

La problématique du travailleur social

La demande au travailleur social

«Il est 15 heures, je ne sais pas où dormir ce soir. J'ai perdu tous mes papiers, ma carte de Sécurité sociale, ma carte d'identité...»

L'essentiel

Bruno se présente dans une situation d'extrême fragilité à la fois sur le plan social et médical. Le professionnel doit réagir vite car la demande telle qu'elle est exprimée indique qu'il appelle au secours, il est «au bout du rouleau» en pensant qu'il doit faire face, seul, à une situation dont il perçoit l'ampleur de la difficulté. L'entretien doit s'engager en rassurant Bruno et en lui expliquant rapidement que chaque demande va être prise en compte point par point : le logement, la Sécurité sociale, les papiers d'identité, l'aide médicale, la visite chez son médecin.

Logement

Plusieurs facteurs sont à appréhender afin de savoir pourquoi Bruno se retrouve sans logement depuis une semaine.

Bruno habitait chez ses parents ou chez un tiers : avec l'accord de Bruno, il semble important de reprendre contact avec sa famille, d'évaluer la crise et si cela est possible d'apaiser la situation en expliquant sa prise en charge médico-sociale et en appuyant sur le rôle moteur que peut jouer la famille. Le médecin de famille peut y aider.

Cela a fait suite à une expulsion : il est possible de s'adresser à la mairie afin de négocier un relogement ou d'envisager un hébergement d'urgence.

(FT : Aides au logement, p. 119 - Hébergement d'urgence, p. 134 - Prévenir l'expulsion, p. 122)

Cependant l'hébergement collectif d'urgence risque d'être un environnement peu favorable au moral de Bruno déjà fragilisé. Une structure de type hôtel peut donc être envisagée avec l'aide d'associations ou de structures spécialisées en toxicomanie qui pourront soutenir et accompagner Bruno dans un relogement ou un foyer de plus long terme.

Il faudra aussi solliciter les Centres Communaux d'Action Sociale pour des nuitées d'hôtel ou une orientation vers un centre d'hébergement (étant expulsé de chez lui depuis quelques jours il relève encore de leur compétence).

Dans le même temps, vous entamerez des démarches auprès d'une association qui lui procurera l'indispensable domiciliation (associations domiciliant les SDF[1]).

1. Sans Domicile Fixe

Carte d'identité nationale

Après avoir conseillé à Bruno de se rendre au commissariat pour faire une déclaration de perte de sa carte d'identité, il est important de s'assurer auprès de lui que se rendre dans ce lieu ne sera pas un problème ajouté. En effet, certains UD ont au sein des commissariats, des fiches de recherche à leur nom suite à des jugements par défaut, par exemple, et se voient interpellés alors qu'ils venaient juste pour leur carte d'identité !

Si l'UD ne sait pas ou il en est côté situation judiciaire, seul un avocat pourra se renseigner auprès des services compétents et savoir s'il y a une fiche de recherche à son nom.

Le timbre fiscal a été supprimé pour la carte d'identité. Photo d'identité, extrait d'acte de naissance et justificatifs de domicile sont suffisants.

Sécurité sociale

Il est indispensable que Bruno puisse se faire délivrer les médicaments prescrits par le médecin.

Pour cela vous pouvez téléphoner à son centre de Sécurité sociale et négocier que soit faxée une attestation de prise en charge Sécurité sociale. Bruno peut également se déplacer jusqu'à son centre de Sécurité sociale où il lui sera remis son attestation en temps réel.

Si cela n'est pas possible en urgence et si la CPAM[2] vous a confirmé l'ouverture de droits de Bruno, les pharmaciens acceptent sans trop de difficulté de délivrer les médicaments pour quelques jours, le temps de régulariser la situation, si un TS s'engage à suivre le dossier. Faites appuyer cette demande par le médecin prescripteur !

(FT : Couverture sociale, régime général, p. 96)

Aide médicale en urgence

La situation la plus critique en urgence est d'apprendre que Bruno n'a plus de droits ouverts à la Sécurité sociale. En urgence et après d'âpres négociations, il est parfois possible de se faire délivrer des feuillets d'aide médicale, ce qui permet une consultation médicale, la délivrance de médicaments sur ordonnance et d'examens, si nécessaire.

(FT : Aides médicales, p. 99)

Lorsqu'il y a rupture familiale et si aucun droit n'est ouvert, il est intéressant de prendre contact avec la famille si la personne ne s'y oppose pas, et d'entreprendre un rattachement sur la carte de Sécurité sociale d'un parent au titre d'ayant droit. Par le biais de démarches administratives, il est possible de renouer des liens ! Si cela s'avère impossible avec les membres de la famille dans l'immédiat on peut recourir à la Mesure Jeune Majeur qui permet un suivi rapproché par une équipe.

(FT : Mesure Jeune Majeur, p. 139)

On peut aussi rechercher avec Bruno si une équipe pourrait le soutenir ou s'il n'a pas dans son entourage (oncles, tantes, grands-parents, amis, voisins, bénévoles du quartier, etc.) quelqu'un qui pourrait l'aider en attendant que se passe cette crise.

Le médecin sera contacté par téléphone :

- pour l'informer des démarches concernant la Sécurité sociale et l'hébergement,
- pour lui demander de recevoir le patient en urgence pour un nouvel examen médical et si besoin une nouvelle prescription, d'autant que Bruno a perdu tous ses papiers et probablement son ordonnance.

La problématique du pharmacien

La demande au pharmacien

« J'ai besoin de cette ordonnance (celle que vient de me donner le médecin) mais j'ai perdu ma carte de Sécurité sociale. »

L'essentiel

Un pharmacien peut toujours vérifier l'ouverture des droits d'un de ses clients, à partir de son seul numéro de Sécurité sociale !

Pour cela, il dispose d'un moyen très simple : le service Minitel « FEU VERT » de la CPAM[2] ; ce service est accessible sur simple demande.

1er cas : les droits de Bruno sont ouverts.

La délivrance des médicaments ne pose aucun problème. Si le client n'a pas de mutuelle, le complément de la prise en charge Sécurité sociale peut faire l'objet d'un arrangement du type paiement par chèque déposé au début du mois suivant, etc. Pour autant on ne fera pas l'économie d'un appel à une AS afin de vérifier les éventuels droits à une aide médicale ou à une carte Santé.

(FT : Aides médicales, p. 99)

Cf. Courrier type : Demande de bilan social

2e cas : les droits de Bruno ne sont pas ouverts.

Le pharmacien doit prendre contact avec le médecin traitant et l'AS, afin que le nécessaire soit fait pour que Bruno bénéficie de l'aide médicale.

En attendant cette régularisation de situation, le pharmacien peut, sans aucun risque, avancer les médicaments.

Le travail en réseau

Un tel cas demande un resserrement du travail en réseau. Une réunion de synthèse est sans doute nécessaire. Il faut multiplier les pistes. Le médecin peut, comme médecin de famille, apporter au travail social un réel soutien dans la construction d'un environnement favorable.

Avec l'accord du patient et surtout en lui démontrant l'utilité d'une coordination des différents intervenants pour la continuité et la cohérence de sa prise en charge, une liaison téléphonique avec le pharmacien et le médecin traitant doit être proposée. Afin de rassurer la personne, ce contact peut se faire en sa présence.

Travail sur les réseaux

Avec l'effet conjugué de la crise et de l'épuisement, Bruno peut ne pas prendre contact avec des personnes proches.

Une réflexion avec lui sur l'état de ses relations avec ses réseaux personnels est à entreprendre car leur intervention est aussi importante que celle des professionnels.

Il est aussi fondamental de demander aux différents intervenants professionnels qui entourent Bruno de mobiliser leur connaissance de ses propres réseaux (groupe d'appui, amis, famille) : ainsi, le médecin peut connaître ses parents. L'intervention du médecin auprès de la famille ou d'un ami pourrait peut-être aider à un apaisement de la crise ; on peut éventuellement aider à développer une ouverture de ces groupes pour inclure Bruno. De plus, il se peut que la famille puisse héberger Bruno momentanément.

Si l'ensemble des efforts de recherche des réseaux ne donne aucun résultat, il est possible d'envisager l'intégration de Bruno dans de nouveaux réseaux à travers, par exemple, une activité ou encore par des copains de foyer.

1. Sans Domicile Fixe - 2. Caisse Primaire D'assurance Maladie

Traitement de substitution, benzodiazépines et alcool
Le cas de David

David n'a plus de famille. Vous l'avez rencontré alors qu'il venait de perdre sa mère et l'on pouvait alors observer une altération de son état général. Aujourd'hui il est sous traitement de substitution à la buprénorphine HD, cependant la plupart du temps il achète du diazépam et du flunitrazépam dans la rue qu'il prend avec de l'alcool.
Quand il vient vous voir c'est pour réduire, sinon arrêter, sa consommation de benzodiazépines qui l'a conduit récemment en prison après une agression contre un passant suite à une prise massive de flunitrazépam.

Le débat

La consommation excessive, addictive et associée à de nombreux produits des benzodiazépines est un phénomène majeur de santé publique tout en ayant une place particulière en France, haut prescripteur de psychotropes. La consommation de psychotropes et spécialement du flunitrazépam amène des conduites addictives, agressives et toxicomaniaques qui sont d'une extrême gravité. La plus grande vigilance est de mise quant aux prescriptions.

(FT : Les produits illicites et leurs effets, p. 90)

La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire autour de ces patients doit permettre d'agir à différents niveaux : cure de sevrage hospitalière la plupart du temps nécessaire, soutien psychothérapeutique, soutien de l'environnement naturel pour permettre une meilleure stabilisation et éviter les rechutes.
On constate, malgré l'absence d'état de manque sous traitement de substitution, que des personnes substituées consomment des benzodiazépines et/ou de l'alcool en association avec leur traitement.
On doit s'interroger sur l'origine de cette recherche d'effets : est-ce un sous-dosage du traitement de substitution, est-ce une incapacité à affronter le réel, tel quel, sans produit ou encore une recherche de « défonce ».
Dans le premier cas, il faudra revoir le dosage, dans le second, il faudra un traitement de l'angoisse, et dans le dernier cas reprendre les termes du contrat avec le patient.

Médecin, pharmacien, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

David vient vous voir pour une prescription de diazépam car paraît-il le flunitrazépam ne lui convient pas. Il est devant vous, affalé, un peu confus et somnolent.

La demande au pharmacien

Un soir à la fermeture, David vous demande, sans ordonnance, une boîte de flunitrazépan : « C'est le seul médicament, dit-il, capable de me faire dormir ; pour le médecin, il est trop tard, vous ne pouvez pas me dépanner ? »

La demande au travailleur social

« Je n'ai plus d'argent pour payer mon loyer. »
David se rend à votre permanence car au 11 du mois il n'a plus de ressources pour payer ses factures courantes (loyer, EDF…). Après un entretien, vous apprenez que David qui bénéficie d'un F1 a une dette locative importante.

La problématique du médecin

La demande au médecin

David vient vous voir pour une prescription de diazépam car paraît-il le flunitrazépam ne lui convient pas. Il est devant vous, affalé, un peu confus et somnolent.

L'essentiel

Il est primordial de rappeler que le sevrage brutal aux benzodiazépines est dangereux car il peut provoquer, entre autres, une crise commitiale. Il ne s'agit donc pas de refuser sans autre discours toute prescription de benzodiazépines mais de réduire les risques en prescrivant des petites doses dans un processus de sevrage à moyen terme.

La France a le triste privilège du record en pourcentage de prescriptions et de consommation de benzodiazépines dans le monde : prescriptions par les médecins traitants et forte demande des patients.

La consommation de benzodiazépines pour un UD peut se révéler très importante ; certains d'entre nous, ont eu des patients qui consommaient le matin, pour démarrer la journée, une boîte de flunitrazépan et plusieurs comprimés de bromazépam dans la journée.

A côté de ces cas extrêmes, certains usagers ont une consommation de benzodiazépines, responsable d'accoutumance et de tolérance.

En ce qui concerne David, la demande n'est pas une demande de sevrage mais une prescription pour avoir un état de « défonce ». Le discours du médecin sera celui de la nécessité d'un sevrage à terme qui doit se dérouler en milieu hospitalier, accompagné par une équipe spécialisée.

En attendant, la prescription de benzodiazépines peut être nécessaire en cas de troubles psychiques comme l'angoisse, l'insomnie, la dépression ; tout comme les traitements antidépresseurs sont indiqués chez les patients déprimés…

Vous rechercherez l'adhésion de votre patient à un contrat qui associe une réduction des doses, la délivrance rapprochée par le pharmacien et la surveillance de la consommation d'alcool.

Rappelons :

1. que les décès accidentels qui touchent la buprénorphine HD en France sont liés à l'association de l'injection du traitement, d'une forte consommation de benzodiazépines, et d'une consommation d'alcool.
2. qu'il n'existe pas de traitement de substitution aux benzodiazépines et que le sevrage ne peut s'effectuer dans le cadre de la loi du 31 décembre 1970, par conséquent il ne peut être anonyme et gratuit. Il faut donc évaluer le coût de l'opération pour le patient. Pour cela, le médecin orientera son patient vers une AS.

La problématique du travailleur social

La demande au travailleur social

« Je n'ai plus d'argent pour payer mon loyer. »
David se rend à votre permanence car au 11 du mois il n'a plus de ressources pour payer ses factures courantes (loyer, EDF…). Après un entretien, vous apprenez que David qui bénéficie d'un F1 a une dette locative importante.

L'essentiel

Le suivi des UD fait apparaître leur difficulté à assumer les charges de la vie courante. En effet, leurs ressources servent quasi exclusivement à financer les produits psycho-actifs. C'est pourquoi le sevrage ou la mise sous traitement de substitution peuvent avoir un impact certain sur le budget des usagers. Toutefois, il est parfois nécessaire de mettre en place des actions permettant d'assainir certaines dettes d'autant que les UD optent pour la « politique de l'autruche », nient la réalité et accumulent les courriers sans, souvent, prendre connaissance de leur contenu.

Parler du coût engendré par la consommation des produits illicites ou licites (alcool ou médicaments détournés de leur usage) est certes complexe. Cependant, lorsque la relation de confiance est installée, qu'un certain travail a déjà pu être amorcé avec l'UD, parler de l'argent dépensé mais aussi des économies engendrées par l'arrêt a une portée éducative essentielle.

Il est souvent impossible d'aborder sereinement l'argent dépensé dans les produits lors des premiers entretiens sans risquer de mettre en péril le suivi social.

Les dettes dites légales : loyer, EDF, crédits à la consommation, amendes (PV, amendes des Douanes, etc.), liées à des condamnations.

L'accumulation de ces dettes peut parfois aboutir à **un plan de surendettement.**

(FT : Le surendettement des familles, p. 125)

En matière locative, **un Fonds de Solidarité Logement** peut être envisagé, après s'être assuré que Bruno perçoit l'allocation logement à laquelle, il peut prétendre.
(FT : Les aides au logement, p. 119 - Prévenir l'expulsion, p. 122 - Les huissiers, p. 124)

Mise sous tutelle

En raison d'un dysfonctionnement patent dans la gestion budgétaire des UD, alors qu'elle se voudrait rigoureuse lorsque l'on bénéficie de faibles ressources comme le RMI[1], la mise sous **curatelle** ou **tutelle** sera parfois nécessaire.
Suivant les juridictions et leur aptitude à traiter l'urgence de la situation, la mise en place dans le même temps **d'une sauvegarde de justice** pourra s'imposer.
Ce type d'action ne peut s'élaborer sans un travail de concert avec le médecin référent puisque ces mesures sont prises par le juge suite à l'établissement d'un certificat médical.

N.B. : Ces protections judiciaires s'avèrent inutiles lorsque les personnes sont encore actives : elles peuvent montrer une certaine agressivité à l'encontre de leur tuteur ne pouvant obtenir assez d'argent pour se procurer les produits nécessaires à leur « défonce ».

Dans le cas de Bruno, **une tutelle aux prestations sociales adulte** apparaît plus indiquée, certains délégués de tutelles ont l'expérience du travail avec les UD et avec les intervenants en toxicomanie.
(FT : Tutelles aux prestations sociales, p. 137)

Les dettes dites illégales liées aux produits

Nombreux sont les UD à avoir des dettes et notamment auprès de leurs dealers qui peuvent atteindre une somme importante (20 000 francs). Ces dettes sont souvent anxiogènes pour l'UD qui peut par ailleurs se sentir en danger (souvent à juste titre). Cela peut parasiter la relation entre le professionnel et l'usager. Sur un plan éthique, il apparaît difficile de faire des démarches en vue d'une aide financière pour de telles dettes :

- dettes aux dealers,
- dettes envers la famille, les proches.

Aussi, il semble opportun, afin de lever toute ambiguïté, que l'aide financière, accordée au titre de dettes légales, soit versée directement aux créditeurs.
Vu son degré de rupture des liens, il est fort possible que David n'effectue pas ses démarches tout seul. Il peut tout à fait traîner pour rapporter les justificatifs nécessaires au montage des différents dossiers ou, tout simplement, ne pas les déposer du tout.
Il est important de rechercher une aide à l'accompagnement dans les démarches, parfois, des équipes de bénévoles sont en mesure d'assurer de tels accompagnements.

Cf. Etude de cas : Le cas de Emmanuel

La problématique du pharmacien

La demande au pharmacien

Un soir à la fermeture, David vous demande, sans ordonnance, une boîte de flunitrazépam : « C'est le seul médicament, dit-il, capable de me faire dormir ; pour le médecin, il est trop tard, vous ne pouvez pas me dépanner ? »

L'essentiel

Partant du principe que David est connu de l'officine, le problème est relativement simple à gérer. Comme de nombreux UD, David est beaucoup plus demandeur de benzodiazépines que d'opiacés. Son attitude n'est d'ailleurs pas sans préméditation ; en venant à l'heure de la fermeture, il sait que le pharmacien aura beaucoup de mal à joindre son médecin traitant...

L'incapacité à contacter le médecin doit obliger le pharmacien à vérifier la dernière date de sortie de flunitrazépam.
(FT : L'accueil de l'UD à l'officine, p. 89)
1er cas : la dernière délivrance est très proche et la demande est anormale.
Il surconsomme ou deale le flunitrézapam : le pharmacien ne doit pas céder à la pression de David et la plus grande fermeté doit être de mise.

2e cas : la dernière délivrance montre qu'il a respecté la posologie mais qu'il est en rupture pour un problème de rendez-vous décalé avec son médecin.
Pour tenir compte de la détresse de David et de façon exceptionnelle, le pharmacien peut avancer un comprimé de flunitrazépam, ainsi le patient peut attendre « plus sereinement » son prochain rendez-vous, sans être tenté de pallier ce manque par la consommation de produits illicites.

Cette façon de procéder permet au pharmacien d'éviter tout dérapage, de ne pas céder à la facilité qui serait, en l'occurrence, la délivrance d'une boîte entière de benzodiazépines.
Par cette attitude ferme et responsable mais aussi empathique et humaine, le pharmacien recadre clairement ses relations avec David.

En effet si celui-ci n'a d'autre idée que celle d'obtenir sa boîte de benzodiazépines « à bon compte » et « par dessus » l'autorité du médecin, il en est pour ses frais !
Enfin le pharmacien doit indiquer à la personne que son médecin sera prévenu le lendemain à la première heure de cette entorse ponctuelle et exceptionnelle au contrat tacitement établi entre le binôme médecin-pharmacien et lui-même.
Cette prise en charge, complice et solidaire du médecin et du pharmacien, constitue le pivot de toute substitution bien conduite.

Le travail en réseau

Le processus de « deuil » d'un proche est un événement qui favorise la fragilisation des personnes, et ceci, particulièrement en l'absence de soutien de la part de l'entourage mais aussi de rituels de deuil dans les sociétés urbaines. Beaucoup traversent ce processus à l'aide de l'alcool et des médicaments, surtout si le terrain est déjà favorable.
C'est un moment où l'on observe couramment une modification rapide des réseaux de socialisation de la personne : soit elle retisse des liens, soit elle les rompt et s'enferme chez elle en réduisant ses activités quotidiennes. Dans le second cas, si l'absence d'appui de proximité perdure, le risque est que la personne se replie sur elle-même, ne paye plus ses factures (loyer, banque, paiement des droits de succession, etc.) et cela peut aller jusqu'à l'enlisement dans un processus de détachement de la vie sociale.
Dans ces moments, en l'absence de possibilité d'appui de la part d'un « tiers », les professionnels peuvent jouer un rôle important par une écoute attentive et un appui psychologique, à condition que les actions soient bien coordonnées entre eux.
Il peut être opportun de chercher avec lui qui, dans la famille (cousins, oncles, tantes, etc.) ou dans ses relations (voisins, copains, etc.) peut l'aider à passer cette période difficile par des échanges sociaux. On peut aussi lui proposer des activités de loisirs et/ou d'intégration dans d'autres groupes pour essayer de pallier cette souffrance liée au « manque » affectif brutal.

1. Revenu Minimum d'Insertion

Comment traiter la rechute dans l'héroïne

Le cas de Patricia

Patricia, jeune femme de trente ans, mariée et mère de deux enfants, travaille depuis neuf ans en qualité d'aide soignante dans le centre hospitalier régional. Après huit ans de prise d'héroïne par voie nasale, elle est maintenant stabilisée grâce à la prise en charge d'une équipe pluridisciplinaire en ville et par un traitement de substitution à la méthadone.
Aujourd'hui, elle vient vous voir en urgence et vous annonce directement : « J'ai des difficultés au sein de mon couple, je craque, je ne vais plus au boulot et j'ai repris de l'héroïne depuis quinze jours ».

Le débat

La rechute à l'héroïne, à différencier de la consommation épisodique qu'une partie des usagers choisit comme mode de vie pendant plusieurs années, fait partie de l'histoire naturelle de la toxicomanie et du processus de prise en charge des UD sous traitement de substitution ou sevrés.
Traiter la rechute à l'héroïne demande avant tout qu'elle soit discutée entre l'équipe soignante et le patient sans nier et sans dramatiser. Or, la plupart du temps ce n'est pas le cas, la reprise de produits est cachée par le patient, elle est ressentie comme un échec et amène de forts moments de culpabilité. De fait pour certaines équipes, la rechute est un échec pour le patient mais aussi implicitement pour l'équipe.
Quelle attitude adopter face à une rechute : comment réinscrire, ici, la personne dans une monothérapie par méthadone ? Quels sont les outils qui sont en notre possession : retour au centre méthadone pour une rediscussion de la posologie, soutien psychosocial, mobilisation de l'équipe et de l'environnement autour de la personne touchée ?

Médecin, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

Patricia vient vous voir pour un arrêt de travail.

La demande au travailleur social

Patricia, que vous connaissez, vient vous voir car elle n'ose pas reprendre son travail après 15 jours d'absence non justifiés.

La problématique du médecin

La demande au médecin

Patricia vient vous voir pour un arrêt de travail.

L'essentiel

Les plus grandes études sur les traitements de substitution (méthadone) ont été menées aux Etats-unis, et indiquent toutes que le délai entre le début du traitement et l'arrêt complet de l'usage d'héroïne peut être de plusieurs mois sinon plusieurs années.
La dépendance à l'héroïne ne serait pas ce qu'elle est, si le traitement de substitution était un remède « miracle » qui pouvait guérir de la toxicomanie comme un traitement antibiotique peut guérir d'une infection.
La rechute doit être expliquée dès le début du traitement afin qu'elle ne soit pas cachée dès qu'elle survient.

(FT : Les produits illicites et leurs effets, p. 90)

Lorsque l'on accompagne une personne consommatrice de substances psychotropes, il faut connaître et accepter les phénomènes liés au cursus de sortie de la dépendance : progression, stabilisation… mais aussi régression dans la consommation de produit.
La reprise d'une consommation de substance psycho-active pendant un temps (et peut-être à plusieurs reprises) fait souvent partie intégrante du parcours. Période importante, elle doit être accompagnée par les intervenants sanitaires et sociaux : un soutien rapproché est indispensable, sans jugement, sans abandon ; avec une parole qui dédramatise, qui aide à rechercher les causes et redonne l'envie de vaincre cette nouvelle période de perturbation.
Cette régression est presque toujours liée à une nouvelle fragilisation de la personne.

Si elle survient, c'est bien souvent dans des circonstances très précises :

- rencontre imprévue avec un ancien dealer qui relance le désir de « défonce »,
- situation de crise liée à un conflit personnel, familial (parents, couple),
- situation d'échec personnel dans la vie sociale ou professionnelle,
- phase de dépression,
- phase de retour sur le passé (peine de prison, dettes, etc.),
- situation anxiogène comme l'annonce d'une séropositivité ou d'une pathologie ignorée, réussite à un examen ou un test,
- fragilisation psychologique provoquée par sa nouvelle perception du réel sans produit,
- non reprise d'une relation satisfaisante dans des sous-groupes d'appartenance, isolement.

Parfois elle est un choix délibéré de celui qui ne désire pas faire le deuil de sa consommation et pense pouvoir gérer et son traitement de substitution et sa consommation personnelle d'héroïne.
Si la rechute dans l'héroïne est le motif de consultation, l'essentiel du trajet pour le patient est fait. En parler au médecin, c'est déjà avoir choisi de lui demander de l'aide.
Outre le redémarrage du traitement de substitution qui apparaît comme naturel (vérifier la quantité de flacons de méthadone « économisés ») mais pas toujours suffisant, le soutien psychologique est primordial.
Dans le cas de Patricia, le recours au soutien de l'infirmière du centre méthadone, avec laquelle elle avait tissé dans un passé récent des liens étroits, semble la meilleure solution. L'appui de l'ensemble d'une équipe pluridisciplinaire autour d'elle (le pharmacien, le médecin, l'AS, etc.) est à rechercher bien évidemment.

La problématique du travailleur social

La demande à l'assistant social

Patricia, que vous connaissez, vient vous voir car elle n'ose pas reprendre son travail après 15 jours d'absence non justifiés.

L'essentiel

Le terme « rechute » est à utiliser avec précaution, certes plus bref que « nouvelle période de consommation », il véhicule cependant l'image d'un parcours qui n'aurait que deux niveaux (la vie abstinente et la vie dépendante où l'on retombe ; sans alternative !) et ne rend pas l'idée d'un parcours lent, avec des périodes de fragilisation dûes aux problèmes à résoudre, y compris sous substitution.
Le TS devra donc accueillir l'usager avec une bienveillante neutralité qui se manifestera dans les questions qui permettront à Patricia de dire son retour au produit : « Absences sans arrêt de travail ? Etiez-vous malade, avez-vous des problèmes avec les collègues, ou la famille ? Peut-être êtes-vous déprimée ; et si tel est le cas, n'est-ce pas difficile côté produit ? »

Soutien psychologique en vue d'une reprise du traitement

Lorsque Patricia aura pu vous exprimer ses difficultés face aux produits, il faudra lui demander si elle vous permet de joindre son médecin généraliste et/ou l'équipe du centre où elle était suivie (si elle y a gardé de bons contacts). De fait, elle aura besoin du regard positif et bienveillant de toute une équipe pour réapprendre à se faire confiance et croire à nouveau en ses chances de parvenir à la vie abstinente qu'elle souhaite. Valoriser le parcours en dehors de cette période de reprise de produits qu'elle a effectué depuis que vous la connaissez ; témoigner des progrès constatés dans le passé, lui permettront sans doute d'oser se réinvestir dans des projets d'avenir.

Arrêt de travail

(FT : L'arrêt maladie, p. 102)

Le souci de Patricia concernant son irrégularité face à son employeur, peut vous permettre de faire le lien avec son médecin généraliste. Il acceptera probablement d'établir l'arrêt maladie qui lui permettra de régulariser son absence, et voir avec Patricia quand elle voudra et pourra reprendre son activité.

Médiation couple et équilibre familial

Au-delà, des démarches administratives et du traitement pris, la stabilisation de Patricia passera par une amélioration des relations dans le couple, ou, en cas d'impossibilité d'amélioration, par une acceptation de la séparation, si pénible soit-elle. Voir avec elle si elle souhaite une médiation pour discuter avec son mari et aborder les questions de discorde ; et qui serait ce médiateur.

En cas de séparation, il faudra choisir le moment pour discuter avec Patricia de la garde des enfants. Qui du père et de la mère souhaite l'obtenir ? Pensent-ils demander l'intervention du juge aux Affaires Familiales ou s'entendre « à l'amiable ». Si Patricia demande à garder les deux enfants, il faudra voir quelle est sa capacité actuelle à s'en occuper seule. En cas d'incapacité -même temporaire-, une garde momentanée par une assistante maternelle sera une solution à proposer.

Le travail en réseau

Il est probable que Patricia n'ait pas pu établir des relations satisfaisantes dans sa vie : il faut entamer une réflexion avec elle sur la nature de sa sociabilisation hors du couple (activités, loisirs, contacts avec ses réseaux naturels, nature et fréquence de ces contacts, etc.). Par ailleurs, on peut aborder avec elle comment combler le vide créé par l'abstinence et comment remplacer progressivement le plaisir dû au produit par d'autres plaisirs. Si la personne n'arrive pas à créer le moment ou l'espace de nouvelles rencontres, les professionnels peuvent l'aider en lui suggérant des pistes de recherche (activités culturelles, sportives, se mettre en relation avec des voisins, formation continue, bénévolat, etc.).

Méthadone : mode d'emploi
Le cas de Carlos

Lorsque vous avez rencontré Carlos, il était consommateur d'héroïne, de médicaments non prescrits et d'alcool, il n'avait pas de domicile et vivait de délits mineurs. Il y a six mois, a été initié un traitement de substitution à la buprénorphine HD. Après une courte amélioration les premières semaines, faute de stabilisation, il a semblé nécessaire d'augmenter le dosage du traitement à hauteur de 16 mg, ce qui ne paraissait pas même suffisant. Il s'injecte son traitement qu'il associe à une consommation régulière d'alcool et présente régulièrement des abcès. L'indication d'un traitement par la méthadone est alors posée.

Le débat

Face à un échec évident de la buprénorphine HD comme traitement de substitution qui aurait dû amener dans un maximum de 3 mois une stabilisation des doses, du comportement et des conduites toxicomaniaques, force est de constater que la méthadone est indiquée en deuxième recours. Les indications du traitement à la méthadone sont aujourd'hui sous estimées par le fait d'un manque de formation des médecins généralistes et des restrictions d'accès à ce médicament qui ne peut être prescrit qu'en centre spécialisé en première intention. La méthadone est non injectable (sous forme de sirop) et dans le cas de patients dépendants de la seringue, elle est une bonne indication.
Certains patients se sentent mieux avec un traitement à la méthadone grâce à son pouvoir opiacé. Le démarrage du traitement avec le soutien d'une équipe pluridisciplinaire sur site ainsi qu'un accompagnement psychosocial rapproché peut contribuer à une meilleure compliance.
Les difficultés d'accès sont à rappeler : manque de places et patients qui se montrent réticents à aller en centre et à en accepter les contraintes.
Le passage à un centre méthadone doit se faire sans rupture avec l'équipe soignante initiale : le médecin généraliste, le pharmacien, le TS s'il est déjà engagé. La préservation des liens tout au long du passage en centre méthadone sera nécessaire afin de permettre une « sortie » du centre dans de bonnes conditions. En effet, le relais en ville doit être organisé rapidement.

(FT : Méthadone mode d'emploi, p. 141 - Le cadre légal des traitements de substitution, p. 145)

Médecin, pharmacien, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

Carlos vous dit que la buprénorphine HD ne lui convient pas, qu'il a l'impression de continuer à se droguer car il ne peut s'empêcher de se l'injecter ; il est complètement découragé. Il vous montre un abcès assez moche au dos de la main, et vous demande votre avis.

La demande au pharmacien

« Je vais passer à la méthadone, est-ce que je peux continuer à venir vous voir ? »

La demande au travailleur social

Carlos, dès son arrivée au centre méthadone, demande à vous voir : « Moi, je voudrais simplement du travail et un logement. » Vous décidez de faire une évaluation globale de sa situation sociale.

La problématique du médecin

La demande au médecin

Carlos vous dit que la buprénorphine HD ne lui convient pas, qu'il a l'impression de continuer à se droguer car il ne peut s'empêcher de se l'injecter ; il est complètement découragé. Il vous montre un abcès assez moche au dos de la main, et vous demande votre avis.

L'essentiel

En France, un patient sur dix bénéficiant d'un traitement de substitution est sous méthadone alors qu'il était l'unique traitement chez nos voisins européens jusqu'à maintenant.

Telle est la situation spécifique de la France qui a préféré développer les soins en ville avec un accès plus facile à la buprénorphine HD.

Alors que buprénorphine HD peut être prescrite par n'importe quel médecin sur une ordonnance sécurisée, la méthadone est un médicament à usage plus limité dont la primo prescription doit être faite dans un centre spécialisé.

Les indications du passage de la buprénorphine HD à la méthadone demeurent empiriques. La buprénorphine HD est le traitement de première intention du médecin généraliste dans sa pratique de soins de premier recours. La méthadone est pour le médecin généraliste un traitement de seconde intention en cas d'échec du premier.

(FT : Méthadone mode d'emploi, p. 141 - Le cadre légal des traitements de substitution, p. 145)

Comment déterminer s'il y a échec ou pas ?

Après trois mois de traitement environ, le médecin doit évaluer l'état de santé global de son patient. Si le suivi n'est pas régulier, les rendez-vous ne sont pas respectés, si les premiers bilans de santé et sociaux ne sont pas largement entamés, si nous assistons à une consommation concomitante excessive de benzodiazépines et/ou d'alcool, et/ou de cocaïne, ou si la consommation d'héroïne est encore largement présente, le médecin doit reconnaître l'échec de son traitement et se poser la question de l'indication d'une autre thérapie.

L'indication de méthadone portée, le médecin adressera son patient au centre spécialisé local en précisant qu'il souhaite maintenir des liens avec lui afin de pouvoir reprendre le suivi le plus tôt possible. Le maintien des liens devient possible si le centre spécialisé renvoie régulièrement son patient pour les soins courants somatiques chez son médecin traitant par exemple.

La sortie du centre :

L'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), pour le passage d'un centre spécialisé à un médecin de ville s'effectue à trois conditions :

- la capacité du malade à gérer de façon autonome son traitement,
- une posologie stabilisée,
- une réelle abstinence à l'héroïne.

Ces trois conditions – relativement floues – restent à l'appréciation du médecin et de l'équipe du centre spécialisé. Les pratiques à cet égard sont hétérogènes : certains centres ont tendance à garder leurs patients pendant un temps certain, alors que d'autres passent le relais à la médecine de ville très rapidement.

Pratique du centre méthadone

Après consultation du médecin du centre et parfois de l'infirmier, de l'AS et de l'ensemble de l'équipe, la délivrance sera d'abord quotidienne et, au bout d'un certain temps, biquotidienne ou plus élargie, elle se fera par l'intermédiaire des infirmières. Les contacts réguliers sinon quotidiens permettront un suivi médical, psychologique et social (rendez-vous organisés avec l'AS).

Même si chaque centre a ses spécificités, son histoire et ses références propres, la prescription de méthadone obéit à des règles qui sont édictées dans l'AMM *(FT : Méthadone : mode d'emploi, p. 141)* et qui se résument à :

- une prescription initiale de 40 mg par exemple un lundi matin avec séjour dans le centre toute la journée,
- un ajustement de 10 en 10 mg ou de 20 en 20 mg pendant la journée, afin de combler un état de manque possible au cours de l'après-midi.
- le lendemain, mardi, reprise de la dose globale de la veille et ajustement de 10 en 10 mg au cours de la journée,
- ainsi de suite, chaque jour, jusqu'à une possible dose stable dont l'efficacité ne pourra être évaluée qu'après une bonne dizaine de jours.

Le médecin restera le seul décideur de l'augmentation des doses et de la détermination de la dose de stabilisation, mais pourra déléguer sa responsabilité aux soignants, principalement aux infirmiers qui habituellement ont une grande marge d'initiative.

Certains centres fonctionneront rapidement avec une proposition de psychothérapie et/ou de suivi social au fur et à mesure des passages du patient.

La problématique du travailleur social

La demande au travailleur social

Carlos, dès son arrivée au centre méthadone, demande à vous voir : « Moi, je voudrais simplement du travail et un logement. » Vous décidez de faire une évaluation globale de sa situation sociale.

L'essentiel

Après son admission dans le centre méthadone et selon les choix du centre, le patient peut demander à voir ou doit obligatoirement voir l'AS du centre. Sachant que le substitué viendra au quotidien puis au minimum de façon hebdomadaire pendant plusieurs mois, ou des années s'il est très déstructuré, une occasion unique s'offre au TS de proposer un suivi global et régulier à l'UD alors que celui-ci a souvent fui tout dispositif, sauf urgence. Grâce à la stabilisation du patient par la méthadone, grâce au facteur temps, une approche des problèmes sociaux, familiaux, juridiques, financiers et professionnels, devient possible.

Point sur la situation sociale globale de l'usager substitué

Ainsi, l'AS effectuera une évaluation globale de la situation du patient, bien au-delà de sa demande initiale ; la simple réponse à la demande serait ici une erreur professionnelle. De nombreux problèmes, issus des années « galère » sont occultés et enfouis par l'UD, tant ils sont source d'angoisse pour lui, une angoisse longtemps anesthésiée par le produit. Ils devront pourtant être traités un jour, sous peine de resurgir à tout moment et remettre en question les avancées concernant le traitement et l'insertion…

Le TS doit donc aider le patient (Carlos par exemple) à verbaliser ses problèmes passés, en insistant sur le facteur temps : sachant que l'approche du réel va le fragiliser car source d'angoisse, il est important d'avancer au rythme de ses capacités retrouvées (physiques et surtout morales). Pour quelques patients, les plus « abîmés » par la vie, il faudra parfois plusieurs années avant d'aborder certains obstacles : contacts avec leur enfant par exemple, situation pénale passée laissée en suspens, dettes… Le premier entretien entre l'AS et le patient du centre est donc important, il requiert temps et calme.

Face à Carlos, l'AS doit positiver le désir de réinsertion qu'il manifeste (travail, logement) et l'informer à ce propos, tout en restituant une notion de réalité et de temps qui semble absente (c'était souvent l'effet demandé aux produits consommés). Certains ne pourront d'ailleurs s'y confronter : « ne me sortez pas de mon rêve » ; ils relèveront alors plus de l'intervention du psychologue que de l'AS.

Questions à aborder en vue d'une évaluation globale de la situation :

En un deuxième temps, tous les points suivants sont à aborder afin d'obtenir une vision globale de la situation, sauf fragilités trop massives (en ce cas : évaluer, moduler, différer) :

- couverture sociale,
- ressources,
- papiers d'identité,
- situation familiale,
- insertion professionnelle,
- domiciliation, hébergement, logement,
- endettement,
- situation judiciaire,
- activités,
- nature de ses réseaux,
- densité et fréquence des rencontres avec les membres de ses réseaux.

Tous ces points sont détaillés sur la FT : Le sevrage - conférence de consensus, p. 147. Voir aussi FT : Méthadone mode d'emploi, p. 141 - Le cadre légal des traitements de substitution, p. 145)

La problématique du pharmacien

La demande au pharmacien

« Je vais passer à la méthadone, est-ce que je peux continuer à venir vous voir ? »

L'essentiel

Le passage de la buprénorphine à la méthadone est toujours vécu difficilement par un UD. En effet, celui-ci a conscience de l'échec de la première substitution qui ne lui a pas permis de changer ses habitudes d'UD .

D'autre part, il s'interroge sur les conditions de délivrance de la méthadone : devra-t-il se rendre tous les jours dans un centre spécialisé ?

La question apparemment simple de Carlos révèle, en fait, une grande angoisse, puisque tout changement d'habitude est redouté. Donc, pour lui, savoir qu'il peut continuer à venir à l'officine pour obtenir de la méthadone ne peut être que rassurant. Ceci étant clairement dit par le pharmacien, Carlos va finir par exprimer sa principale inquiétude : quels sont les effets indésirables de la méthadone ?

Paradoxalement, il craint de devenir « accro » à cette molécule. En effet, dans les milieux UD, la méthadone a mauvaise presse. Il s'agit d'un cap psychologique très difficile à franchir.
Le pharmacien se doit de le rassurer au sujet de la méthadone, qui ne présente pas d'inconvénient majeur. Pour renforcer son propos, le pharmacien doit mettre l'accent sur les points positifs :

- l'état de santé de Carlos devrait aller en s'améliorant par rapport à tous les risques liés aux injections,
- Carlos pourrait même envisager plus facilement sa réinsertion dans le tissu social.

Les modalités du passage en ville

En ce qui concerne les modalités du passage en ville, il serait heureux que le médecin prescripteur de méthadone prenne contact avec le pharmacien pour définir la posologie et la fréquence de la délivrance.
Cette relation directe permet au pharmacien de prendre en charge correctement les différents passages de Carlos à l'officine :

- stock suffisant,
- surveillance et suivi.

Départ en vacances et déplacements

Par ailleurs, dans le cadre souhaitable d'une relation de confiance, le pharmacien doit être prévenu par Carlos de tout projet de vacances ou de déplacement à l'étranger, afin de pouvoir l'anticiper avec efficacité.

Voyage en France

Grâce à la liste des centres méthadone, Carlos pourra trouver un médecin généraliste et un pharmacien susceptibles de délivrer. La liste des CSST locaux peut être obtenue auprès de la DASS du département.

Voyage à l'étranger

Selon les pays, la législation est très variable ; Carlos devra se renseigner auprès de l'ambassade du pays concerné pour connaître la législation en vigueur.

Le travail en réseau

Le passage en centre pour le traitement de substitution est un événement important pour Carlos. Si les discours des professionnels ne sont pas coordonnés (médecin, pharmacien, assistant social), le risque est d'augmenter l'angoisse, déjà présente, de Carlos face au changement. En valorisant cet événement et l'image du centre, les professionnels aideront le patient à mieux appréhender cette étape de son parcours de soin et à l'accepter comme telle.
Le changement du principe d'un suivi en ville pour celui en centre fait partie d'une démarche qui est celle de toute l'équipe de ville : permettre à Carlos d'être mieux accompagné et d'élargir le panel d'intervenants autour de lui pour l'aider à mieux se soigner et envisager l'avenir.
Il lui sera rappelé que les liens ne sont pas rompus pour autant : il peut venir voir chaque professionnel quand il le souhaite tout simplement pour une écoute ou pour toute démarche qui lui semblerait nécessaire, mais aussi, que le contact entre la ville et le centre sera gardé.

Les pharmaciens et le Stéribox®
Le cas de Abdelkader

Abdelkader, est un client habituel de la pharmacie du centre commercial. Il y achète régulièrement de la codéine, et comme usager d'héroïne, il s'y procure aussi, chaque jour, un Stéribox®.
Souvent, le pharmacien lui glisse dans la pochette un dépliant du réseau ville-hôpital local avec un numéro de téléphone à appeler pour faire une demande de soins. Abdelkader le jette chaque fois, plus préoccupé d'utiliser très rapidement le matériel d'injection propre sous le porche de l'immeuble d'à côté. Il se fait une injection d'héroïne sous les yeux du pharmacien et des voisins ... Tout le monde se sent impuissant.
Aujourd'hui la situation est nouvelle pour l'équipe de la pharmacie, Abdelkader se présente avec une ordonnance de buprénorphine HD délivrée par un médecin de la ville et il demande dans le même temps un Stéribox®.

Le débat

La place du pharmacien d'officine est fondamentale dans la prise en charge globale de l'UD. Il agit à différents niveaux, lors de la délivrance qui peut être fractionnée, lors des conseils quotidiens dans le cadre de la réduction des risques liés aux injections intraveineuses lors de la vente de seringues ou de Stéribox®. Occuper cette place n'est pas simple et il a été demandé aux pharmaciens d'organiser la délivrance libre des seringues sans l'accompagner d'une réflexion et d'une formation sur la réduction des risques. Beaucoup ont refusé ou hésitent en ayant tout simplement le sentiment d'être complices et *«dealer»*. Pourtant ce sont eux qui diffusent l'essentiel des seringues en France. Ils tiennent un rôle majeur dans la santé publique et leur implication dans les réseaux depuis plusieurs années a contribué à une réflexion nouvelle sur le binôme médecin-pharmacien.

(FT : La réduction des risques, p. 79 - L'accueil à l'officine, p. 89 - L'accueil social en urgence, p. 88)

Médecin, pharmacien, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

Vous suivez Abdelkader depuis quinze jours pour un traitement de substitution. Vous ne le connaissiez pas auparavant Il vous a été envoyé par le réseau ville-hôpital local qui lui a donné votre numéro de téléphone après avoir obtenu votre accord.
Alors qu'il sort de chez vous avec une nouvelle prescription d'une semaine et une demande de délivrance rapprochée par le pharmacien, vous recevez un coup de fil de celui-ci qui vous indique qu'Abdelkader a acheté en même temps que son nouveau traitement un Stéribox®. Vous vous posez tous les deux la question de ce qu'il faut faire.

La demande au pharmacien

Abdelkader se présente avec une ordonnance de buprénorphine HD délivrée par un médecin de la ville et il demande dans le même temps un Stéribox®.

La demande au travailleur social

Vous connaissez Abdelkader depuis 3 semaines suite à des difficultés administratives. «Je souhaite un 100% car j'ai des médicaments à acheter» vous déclare-t-il. Or, vous vous apercevez pour la première fois que ses mains sont boursoufflées et montrent des traces de piqûres. Comment aborder la toxicomanie avec lui ?

La problématique du médecin

La demande au médecin

Vous suivez Abdelkader depuis quinze jours pour un traitement de substitution. Vous ne le connaissiez pas auparavant Il vous a été envoyé par le réseau ville-hôpital local qui lui a donné votre numéro de téléphone après avoir obtenu votre accord.
Alors qu'il sort de chez vous avec une nouvelle prescription d'une semaine et une demande de délivrance rapprochée par le pharmacien, vous recevez un coup de fil de celui-ci qui vous indique qu'Abdelkader a acheté en même temps que son nouveau traitement un Stéribox®. Vous vous posez tous les deux la question de ce qu'il faut faire.

L'essentiel

La plupart des études, toutes françaises, sur la buprénorphine HD montrent qu'en pratique médicale de ville, le phénomène de l'injection reste modéré : entre 15 et 20 % d'une clientèle d'UD d'un médecin généraliste s'injectent leur traitement régulièrement.
Les études montrent aussi que tous ont essayé au moins une fois l'injection de leur traitement mais que l'écrasante majorité devant l'absence d'effet de ce mode d'usage, en reste là. Seule une petite minorité restera fidèle aux injections et l'on parlera au-delà de la dépendance aux opiacés de la « dépendance à la seringue ». Cette dépendance reste problématique car elle est liée au rituel de l'injection acquis pendant des années, plusieurs fois par jour par l'usager d'héroïne. Ce rituel était lié à une angoisse permanente soit de manquer d'héroïne soit d'une seringue faisant de la « pompe » un objet inestimable que l'on conserve avec précaution.

Ceux qui restent dépendants de l'injection de leur traitement peuvent être décrits en deux catégories :

- ceux qui s'injectent parfois le médicament avec compulsion en utilisant le phénomène de la « tirette » (va et vient du piston qui aspire une certaine quantité de sang et qui le réinjecte avec ou sans produit, ce qui provoque une légère sensation de chaleur qui « monte »),
- ceux qui décrivent leur dépendance à la seringue comme une réelle souffrance qui contrecarre leur traitement, ce comportement demeurant un danger pour l'objectif d'abstinence de produits, et est la cause de multiples abcès mais aussi de septicémie et d'endocardites. Leur vie quotidienne est d'ailleurs largement perturbée par les nécessités des injections, surtout en cas d'activité professionnelle.

La prise en charge de l'injecteur n'est pas définie par un large consensus. La plupart de ceux qui ont suivi ces patients reconnaissent l'efficacité de trois pratiques parfois combinées :

- revoir les modalités du traitement : la délivrance quotidienne chez le pharmacien (qui permet un contact régulier), une posologie suffisante et la monoprise journalière
- le soutien psychothérapeutique
- le passage à la méthadone qui – sous forme de sirop – ne peut s'injecter.

(FT : Le cadre légal des traitements de substitution, p. 145 - Les conduites à conduites à tenir lors des consultations, p. 142, 143, 144 - Méthadone mode d'emploi, p. 141)

Le plus grave, en matière de santé publique, ne se rencontre pas chez les injecteurs de buprénorphine HD mais chez ceux qui utilisent le sulfate de morphine qui, comme les opiacés agonistes purs, peut être apparenté de façon très proche à de l'héroïne médicalement délivrée (overdoses, dépressions respiratoires, abcès, transmission de virus tels le VIH et les hépatites).
Les médecins généralistes doivent être prudents dans leurs prescriptions de sulfate de morphine qui, pour le coup, est injecté dans 50 % des cas et correspond rarement à un projet thérapeutique.

La problématique du pharmacien

La demande au pharmacien

Abdelkader se présente avec une ordonnance de buprénorphine HD délivrée par un médecin de la ville et il demande dans le même temps un Stéribox®.

L'essentiel

La demande d'Abdelkader est une demande fréquente à l'officine et elle pose un réel cas de conscience.
En effet, la collectivité, par le biais de la substitution, donne une chance à Abdelkader de sortir de la spirale infernale dans laquelle l'usage de drogue l'a plongé.
L'achat d'un Stéribox® concomitant avec la délivrance de buprénorphine indique une déviation ou un échappement thérapeutique.

Deux attitudes peuvent être envisagées par le pharmacien :

Refuser la vente de Stéribox®

En agissant ainsi, le pharmacien se donne bonne conscience, mais le problème reste entier puisque Abdelkader pourra sans difficulté se le procurer dans une autre officine.

Engager un dialogue

Après s'être renseigné sur les intentions réelles d'Abdelkader, le pharmacien doit lui rappeler le contrat moral tacitement établi avec le binôme médecin/pharmacien.
Ensuite, il doit mettre l'accent sur les risques d'abcès liés à l'injection des comprimés de buprénorphine.
Enfin, il doit prévenir le médecin qui abordera ce problème, lors de la prochaine consultation.
Pour qu'Abdelkader renonce à ses injections, le médecin et le pharmacien ne doivent pas hésiter à le menacer de suspendre son traitement de substitution, le passage à la méthadone peut également être envisagé.
(FT : La réduction des risques, p. 79 - L'accueil à l'officine, p. 89 - L'accueil social en urgence, p. 88 - Le cadre légal des traitements de substitution, p. 145 - Les conduites à tenir lors des consultations, p. 142, 143, 144 - Méthadone mode d'emploi, p. 141)

La problématique du travailleur social

La demande au travailleur social

Vous connaissez Abdelkader depuis 3 semaines suite à des difficultés administratives. «Je souhaite un 100 % car j'ai des médicaments à acheter» vous déclare-t-il. Or, vous vous apercevez pour la première fois que ses mains sont boursoufflées et montrent des traces de piqûres. Comment aborder la toxicomanie avec lui ?

L'essentiel

De prime abord il peut paraître complexe d'aborder la toxicodépendance de la personne, de peur soit de la «braquer», soit de ne plus la revoir si elle se sent prise au piège, notamment lorsqu'elle vient pour une aide financière, ou si elle est chargée de famille (et plus particulièrement lorsqu'elle a des enfants en bas âge). Il est vrai que le contexte et l'institution où la rencontre s'effectue peuvent jouer un rôle prépondérant. Cependant maintenir un non-dit, un jeu de dupe, risque bien plus de mettre en péril le travail que le professionnel élabore avec l'UD.

Une demande d'ALD[1] 30 ou demander si la personne est à 100 % permet au professionnel d'aborder par une voie détournée, la toxicomanie.
Dans le cas d'Abderkader, nous avons 3 entrées pour aborder une toxicodépendance supposée :

- la demande de 100 %,
- sa main boursouflée,
- ses difficultés administratives.

1. La demande de 100 %

Par ce biais et avant d'informer la personne que cette demande est médicale afin de ne pas couper court au dialogue, nous pouvons parler de la maladie qui nécessiterait une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Si elle est relative à l'hépatite C et/ou au VIH, aborder, si on se sent à l'aise, le mode de contamination.
Si cela semble prématuré, il est également porteur de demander à la personne si elle est suivie, sur un plan social ou médical, dans une association spécialisée. En effet, rares sont les usagers, à ne connaître aucune institution affairante à la toxicomanie, que ce soit un centre méthadone, une boutique ou un centre d'hébergement spécialisé.
Vous pouvez également demander à Abdelkader quels sont les médicaments qu'il a à acheter et s'il a consulté pour ses mains. Si Abdelkader vous dit qu'il est suivi pour un traitement de substitution, vous lui expliquerez que l'état de ses mains vous inquiète et qu'il faut discuter avec le médecin d'un éventuel sous dosage ou d'un changement de traitement (passage à la méthadone) mais aussi aborder une éventuelle dépendance à la seringue ou la nécessité d'un suivi plus rapproché. Pour cela, vous lui proposerez d'entrer en contact avec le médecin lors de l'entretien afin de trouver ensemble une solution adaptée. Il n'a peut-être pas osé parler de cela avec le médecin ou le pharmacien, il a peut-être besoin de l'appui d'un tiers pour en parler.
Vous insisterez sur la nécessité de soigner ses abcès.
S'il n'est pas suivi, vous l'informerez sur les dispositifs de soin et lui proposerez une mise en contact. Voir ci-dessous (2.) et Le cas : Comment traiter l'urgence, p. 9.

2. La main boursouflée peut faire penser à une trace d'injection,

notamment de cocaïne de mauvaise qualité ou de crack mais aussi d'un médicament détourné de son usage.
Poser la question en prenant prétexte de la main apparaît intéressant. Libre à l'usager d'attraper cette perche ou non. Il est parfois délicat d'insister car cela peut «braquer» la personne au risque de ne pas la revoir.
Suivant votre aisance à aborder ce sujet, l'UD aura d'autant plus de facilité à parler. Cependant, il est tout à fait possible que la personne nie sa toxicodépendance. Peut-être est-ce encore trop précoce et faut-il laisser encore un peu de temps. Le harcèlement verbal, vouloir «faire avouer» la toxicomanie est, bien entendu, prohibé.
Dans ce cas, l'important dans l'immédiat est de réduire les risques et de l'orienter pour faire soigner ses abcès.
En qualité de TS, il apparaît important d'avoir quelques notions sur l'injection. En effet, rappelons que la buprénorphine HD n'est pas un médicament injectable. Détournée de son usage par voie intraveineuse, cela peut engendrer des abcès pouvant nécessiter une intervention chirurgicale.

Sans connaissance particulière en médecine, un TS peut informer l'UD de la « bonne pratique » du schoot dit **« schoot propre » :**

- bien nettoyer la peau ou la désinfecter,
- ne jamais échanger ses seringues ou utiliser une seringue qui a déjà servi,
- ne jamais échanger sa cuillère, le filtre, le coton ainsi que l'eau (qui doit être stérile ou minérale). De plus, la cuillère doit être désinfectée avant chaque utilisation,
- le citron ne doit pas être réutilisé et il est préférable de se servir d'acide citrique ou ascorbique,
- compresser avec un coton après le shoot,
- après utilisation de la seringue, il est recommandé de la jeter dans un récupérateur de seringue ou de la ramener dans un programme d'échange de seringue.

Ces recommandations permettent non seulement de réduire les risques de contamination au VIH ou aux hépatites mais aussi de limiter les risques d'infection cutanée liés à un matériel non septique.
Il est, bien entendu, que le risque est seulement réduit et non nul. Le risque des abcès est aussi en lien direct avec les produits injectés et leur qualité.

Orientation

La proposition de mise en contact avec une association d'auto-support d'usagers est alors à privilégier en donnant dans le même temps l'information sur les lieux d'échanges de seringues et la remise d'un dépliant sur les différentes structures de soins existantes dans le secteur (boutiques, bus de proximité, etc.).
Vous proposerez aussi à la personne de la mettre en relation immédiatement avec un médecin qui pourra l'informer sur les différentes modalités de soins en toxicomanie, soigner les abcès et de manière générale l'aider à s'occuper de sa santé, en insistant sur les avantages d'un contact de proximité pour le patient.
L'objectif pour le TS est de ne pas couper le contact et que la personne ait envie de revenir. Abdelkader est en contact avec vous seulement depuis trois semaines, tout dérapage pourrait rompre le travail déjà effectué (résolution de problèmes administratifs). L'abord du « shoot propre » permet d'éviter une attitude moralisatrice et peut être ressentie par la personne comme la marque d'un intérêt de votre part pour sa santé et donc pour son bien être en général. C'est un signe fort pour la mise en confiance et donc l'orientation et le suivi de la personne.
Si vous recueillez l'information du suivi d'un traitement de substitution, voir plus haut (1.).

3. Ses difficultés administratives

Les UD, en raison de leur mode de vie, souvent chaotique, associé parfois à des problèmes judiciaires, complexifient leur situation administrative.
Les démarches à effectuer auprès des différentes institutions sont souvent anxiogènes. Aussi, il n'est pas rare que les démarches ne soient pas effectuées et l'accompagnement (physique si nécessaire) d'un professionnel soit à privilégier. Il est tout à fait possible d'asseoir l'entretien sur les difficultés administratives afin d'interroger Abdelkader sur l'état de ses mains.
« Vous avez des difficultés avec vos papiers ; cela vous angoisse. Avez-vous repris des produits pour calmer ces angoisses ? Je vous demande cela car il me semble que vos mains sont boursouflées et je m'inquiète pour vous. »

Orientation

Si vous recueillez l'information du suivi d'un traitement de substitution, voir plus haut (1).
Si la personne n'est pas sous traitement voir plus haut (2.) et le cas : Comment traiter l'urgence, p. 9.
(FT : Le cadre légal des traitements de substitution, p. 145 - Les conduites à tenir lors des consultations, p. 142, 143, 144 - Méthadone mode d'emploi, p. 141 - La réduction des risques, p. 79 - L'accueil social en urgence, p. 88)

Le travail en réseau

Abdelkader commence seulement à entrer en contact avec les professionnels, il est essentiel qu'il se sente en confiance et qu'il trouve une équipe bien rodée et compréhensive.
L'objectif est ici que le patient soit valorisé dans sa démarche de prise de contact et qu'il puisse avoir désormais en tête qu'il existe une équipe de professionnels qui est prête à le soutenir s'il envisage de se soigner. En cela, être capable d'informer sur les dispositifs existants, en les rendant concrets et accessibles par des propositions de connexion immédiates, est très important.
L'UD, selon sa personnalité, parviendra au bout de plus ou moins de temps, à établir des liens et se sentir en confiance avec les professionnels. Les premiers entretiens sont déterminants car si vous observez l'UD, lui aussi vous observe.
Dans la mesure où il trouvera une cohérence dans le discours et une sécurité relationnelle, une deuxième étape d'accompagnement peut se mettre en place avec lui.
Les professionnels doivent être préparés à des échecs et des ruptures dans l'accompagnement des UD. Si la construction de liens avec les intervenants est vécue de manière positive par l'UD, il sait qu'il aura toujours la possibilité de revenir vers eux, et ce qui sera alors essentiel, c'est qu'ils soient prêts à redémarrer un accompagnement avec lui.

1. Affection de Longue Durée

L'insertion professionnelle : rêve ou réalité
Le cas de Fethi

Fethi n'a pas consommé d'héroïne depuis longtemps ; il est aujourd'hui bien stabilisé grâce à un traitement par méthadone qu'il suit avec régularité. Il souffre, cependant, de son peu d'activités sociales et de son isolement : bénéficiaire du RMI[1], il vit chez sa mère. Depuis l'an passé, il est bénévole aux Restos du cœur durant l'hiver. Il a évoqué plusieurs fois son désir de se faire refaire les dents mais n'a pas encore effectué les démarches nécessaires. Il parle aujourd'hui de rechercher un emploi.

Le débat

Pour le médecin généraliste, il s'agit d'expliquer que la méthadone (tout comme la buprénorphine HD), ne modifie pas la perception du réel, ne constitue pas un obstacle à l'emploi (elle le permet au contraire) : si le traitement est bien ajusté, on n'observe pas d'endormissement et d'effets indésirables sur les facultés de la personne.

Pour le TS, il s'agit de montrer que l'insertion professionnelle est possible, mais elle est à envisager dans un cursus qui sera probablement long et difficile : rien de magique n'est à attendre, rien d'immédiat. Il faudra aider à la valorisation de la personne (l'UD est souvent dans une logique d'échec : lui faire reprendre confiance en ses propres capacités est indispensable tout en ne créant pas d'illusion (nous sommes responsables des illusions que nous provoquons et toute désillusion est vécue comme un échec supplémentaire).

Endurance et ténacité seront nécessaires. Les lois du marché du travail sont sans concession ! Se placer sur ce marché devient alors une épreuve car cela implique la confrontation au réel, à la compétition. L'AS et ses partenaires devront effectuer une bonne évaluation et faire attention aux voies choisies pour cette évaluation (les relectures du cursus passé ont souvent des effets négatifs).

Médecin, chargé d'insertion, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

« Maintenant je vais mieux, alors j'aimerais travailler, mais je me demande si mon traitement me le permet. Ne faut-il pas que j'arrête ? »

La demande au chargé d'insertion

Fethi serre la main du chargé d'insertion avec un large sourire, que lui permet maintenant sa prothèse dentaire nouvellement posée. Il engage le dialogue : « mon AS m'a conseillé de venir vous voir pour trouver un travail. Vous savez, je voudrais me sentir utile, et être comme tout le monde avec une occupation, un salaire… L'hiver dernier, j'ai déjà travaillé dans la restauration. »

La demande au travailleur social

Fethi vient vous voir pour vous demander comment il peut faire face aux frais importants qu'il doit engager pour une prothèse dentaire. Il vous annonce que cette démarche de soins est indispensable car elle lui permettra, pense-t-il, de rechercher un travail.

La problématique du médecin

La demande au médecin

«Maintenant je vais mieux, alors j'aimerais travailler, mais je me demande si mon traitement me le permet. Ne faut-il pas que j'arrête ?»

L'essentiel

Le cas de Fethi est exemplaire des questions qui se posent lors du suivi à long terme d'un traitement de substitution.
Bien souvent la question de la réinsertion professionnelle n'apparaît qu'au bout d'un certain temps de suivi.
Les populations dont on s'occupe sont loin du monde du travail et de la formation professionnelle. Côté revenu, le système français permet des aides sociales comme le RMI[1], facile d'accès, mais qui repousse dans le temps une insertion professionnelle solide.

Le médecin se trouve devant une double question :

1. Comment aider son patient dans son projet de vie à trouver une activité professionnelle et/ou sociale épanouissante et qui lui permette une rémunération. La question de l'autonomie financière est posée. Le travail en réseau est de ce point de vue-là indispensable. Les médecins généralistes dans leur travail social ne sont pas les mieux placés pour orienter vers les structures type ANPE[2], ASSEDIC, formations professionnelles, bilan orientation. Ils peuvent par l'intermédiaire de la problématique santé des RMIstes être concernés par ces orientations. Il faut donc dans le carnet d'adresses du médecin quelques noms et quelques numéros de téléphone. Bien souvent, il sera utile qu'il appelle lui-même le conseiller de l'ANPE afin que son patient soit bien reçu.

2. La poursuite du traitement de substitution apparaît donc en seconde ligne. Pourtant le médecin verra obligatoirement son patient régulièrement chaque semaine, tous les 15 jours ou chaque mois. Une routine donc s'installe. Souvent se pose la question d'un arrêt dans l'avenir du traitement opiacé.
Il faut être clair : même si on peut imaginer pour une partie des UD sous traitements de substitution, un arrêt total à terme de tout opiacé et un redémarrage complet de leur propre système endomorphinique, ce terme ne peut pas être actuellement programmé. La demande de baisse et d'arrêt de traitements de substitution est souvent présente à cette étape. La réponse du médecin doit être la suivante.
Ne pas se presser. La décision doit être commune, au binôme Médecin/Patient et doit être envisagée dans un contexte de plusieurs mois.
Si la décision de diminuer le traitement de substitution est prise, il faut respecter les protocoles en cours : pour la méthadone baisser de 5 mg par mois en respectant des plateaux, si nécessaire.

- C'est l'état clinique et psychologique du patient qui déterminera si la baisse d'un traitement opiacé est supportée, supportable, et doit être continuée.
  Bien souvent après quelques mois de baisse, le patient demandera dans certaines conditions psychologiques (crises, petite déprime, ennui) de remonter la dose pendant quelque temps : il faut accepter ce cheminement.
- Il faut assurer qu'il est possible à terme d'arrêter tout traitement opiacé et expliquer le fonctionnement personnel des endorphines. L'image permettant un redémarrage progressif de la machine « endocrinologique » qui fabrique des neuromédiateurs endomorphiniques est à utiliser.
  Nous savons qu'une stimulation répétée et excessive (flash), des récepteurs morphiniques par l'héroïne entraîne ce que l'on appelle un blindage des systèmes.
  La régulation opioïde qui existe est donc complètement déréglée et les dégâts peuvent être irréversibles.
  Cette dérégulation provoque, on le sait, certains symptômes comme le stress exagéré, un sommeil perturbé, une tendance dépressive, un taux élevé d'angoisses fortes et une tendance à d'autres dépendances comme l'alcool ; le tabac, les médicaments.

On le sait depuis peu, mais il semblerait y avoir une explication génétique à la dépendance. Certains héroïnomanes auraient une prédisposition génétique à la dépendance et pour cela le traitement de substitution, par exemple à la méthadone, devrait durer toute leur vie. Pour d'autres le dérèglement du système endomorphinique est bien plus faible et réversible. Quoi qu'il en soit le sevrage à la méthadone, même si la demande du patient est forte, ne doit pas être organisé n'importe comment. Il doit durer plusieurs mois sinon plusieurs années, tout en précisant au patient que peut-être qu'il n'obtiendra jamais de succès total et fera partie de ceux que l'on appelle les patients chroniques avec un programme de maintenance.
Dans le cas de Féthi, il est déconseillé de baisser le traitement au moment même où une nouvelle période de stress est à craindre, engendrée par la recherche d'un travail.
(FT : Critères d'évaluation lors d'un entretien pour une insertion professionnelle, p. 133 - Insertion et orientation socio-professionnelle, p. 131)

La problématique du travailleur social

La demande au travailleur social

(L'AS de secteur qui le suit au titre de son RMI[1])

Fethi vient vous voir pour vous demander comment il peut faire face aux frais importants qu'il doit engager pour une prothèse dentaire. Il vous annonce que cette démarche de soins est indispensable car elle lui permettra, pense-t-il, de rechercher un travail.

L'essentiel

Il ne faut pas ménager les efforts à encourager Fethi en lui signifiant le bien fondée de sa démarche et exprimer votre satisfaction de le voir progressivement s'inscrire dans un franc processus d'insertion ou de réinsertion par les soins.

Le désir de Fethi est de se présenter auprès d'un éventuel employeur avec une image corporelle positive. Nous parlons désormais de la prise en compte du regard des autres, du lien qui renaît et des projets qu'il dessine. Tant de progrès que nous ne pouvons pas ignorer.

Les soins dentaires

(FT : Soins dentaires, p. 129)

Ils sont pris en charge par le dispositif de droit commun :

- Sécurité sociale,
- aide médicale,
- carte santé selon le département,
- mutuelle.

Les prothèses sont également en partie prises en charge par le même dispositif, mais les remboursements sont si peu conséquents que toutes les possibilités d'un montage financier doivent être étudiées.

Tout d'abord, conseiller à Fethi de faire jouer la concurrence : il doit aller voir plusieurs dentistes pour demander des devis, il devra expliquer à chaque praticien, qu'il acceptera, bien entendu, la proposition la moins onéreuse.

Il existe également la possibilité de faire effectuer les soins dans le cadre de certains centres de santé (mutualistes, Sécurité sociale et associatifs) ou encore des services hospitaliers.

Une fois que les devis seront établis, il restera à prévoir un montage financier, c'est-à-dire :

- faire une demande d'aide financière au Fonds social de la Sécurité sociale,
- dispositif RMI[1],
- CCAS[3] (CAS[4] ou BAS[5] à Paris),
- Association caritative.

Si ces démarches n'apportent pas les résultats attendus, si nous n'avons pas obtenu la somme correspondant aux frais de la prothèse, Fethi pourra peut-être négocier avec son dentiste l'échelonnement de la dette qui restera à régler.

Insertion professionnelle

Avant toute proposition de solution et d'orientation, il est essentiel d'examiner la situation de la personne et d'évaluer les ressources dont elle dispose pour sa progression, c'est-à-dire : sa motivation, sa tonicité, son état de santé, sa sociabilité, son capital formation et son expérience professionnelle, ainsi que ses goûts et ses besoins professionnels.

Tous ces points sont détaillés en : (FT : Critères d'évaluation lors d'un entretien pour une insertion professionnelle, p. 133 - Insertion et orientation socio-professionnelle, p. 131)

Il serait intéressant de suggérer à Fethi de prendre contact avec l'association où il a été bénévole pour obtenir une attestation de bénévolat qui peut l'aider à constituer son CV.

La problématique du chargé d'insertion

La demande au chargé d'insertion

Fethi serre la main du chargé d'insertion avec un large sourire, que lui permet maintenant sa prothèse dentaire nouvellement posée. Il engage le dialogue : « mon AS m'a conseillé de venir vous voir pour trouver un travail. Vous savez, je voudrais me sentir utile, et être comme tout le monde avec une occupation, un salaire... L'hiver dernier, j'ai déjà travaillé dans la restauration. »

L'essentiel

Il s'avère essentiel de permettre à une personne de commencer à anticiper un parcours d'insertion avant même qu'il ne soit temps de le concrétiser. Le fait de proposer au patient de prendre en compte, à son propre rythme, l'ensemble de ses difficultés lors de la période de soins lui permet d'envisager diverses étapes possibles. De surcroît, cela participe à créer chez lui une dynamique qui l'aide à s'imaginer un nouvel avenir. Cela le rassure aussi quant à la faisabilité de l'entreprise d'insertion professionnelle, il voit qu'il ne sera pas seul face à ce problème.

Le *curriculum vitae*

Au cours de ce premier entretien, le chargé d'insertion apprend que Fethi n'a pas travaillé durant ces quinze dernières années, excepté six mois, alors qu'il était incarcéré, et trois mois bénévolement aux Restos du Cœur. Les quelques autres emplois intérimaires qu'il a exercés, il y a bien longtemps, avaient duré au plus dix jours. Fethi n'a jamais eu de *curriculum vitae*. « Un CV, s'étonne-t-il, si c'est ça, je laisse tomber... que voulez-vous que j'y mette ? »

Le chargé d'insertion va alors lui proposer un nouvel entretien pour qu'ils puissent réfléchir ensemble à ce que pourrait bien comporter son CV.

L'élaboration d'un *curriculum vitae* constitue une étape de plus en plus difficile à éviter pour un retour à l'emploi. Les UD ne voient pas comment poser sur papier leur parcours pour établir ce CV. Beaucoup d'entre eux souhaiteraient voir disparaître ce passé : « recommencer à zéro ».

Peu de patients ont conservé une mémoire du contenu et de la chronologie de leur vécu. Ils ont besoin de se préparer pour trouver le courage de se remémorer leur histoire et de composer avec elle pour construire un CV qu'ils se sentent prêts à remettre à un employeur. Ils se mettent alors à chercher leurs contrats de travail et leurs fiches de paie. Lorsqu'ils les ont égarés, ils parviennent, **particulièrement s'ils sont aidés individuellement,** à reconstituer approximativement la chronologie des événements qui ont marqué leur vie. Ils redonnent de l'ordre à un passé souvent chaotique, en partie effacé par la toxicomanie et enfoui pour éviter la résurgence de souvenirs douloureux. Et l'on retrouve alors souvent beaucoup plus d'éléments que l'on ne pouvait espérer pour rédiger un CV. Au résultat final, certains patients s'étonnent : « il n'y a pas tant de trous que ça, finalement, ce n'est pas si mal. » En étudiant leur parcours, ils font des constats : « je n'ai jamais vraiment fait quelque chose par moi même, j'ai toujours pris ce qu'on m'a proposé... » Mais cet aboutissement peut être long, et il ne s'agit pas de heurter de front leurs résistances dans ce travail. C'est pourquoi, le plus souvent, le CV ne peut être construit qu'à partir des entretiens et un soutien individuels, et non des séances de bilan collectif qui, malgré les efforts des formateurs, font violence aux sujets fragiles et marginalisés. Ces derniers « décrochent » d'ailleurs souvent avant la fin de la session.

La carte de Sécurité sociale

Ce premier entretien révèle aussi que Fethi possède une carte de Sécurité sociale sur laquelle sont indiqués les 100 % de prise en charge liées à la contamination VIH. Cela n'est pas sans risquer de poser la question à un éventuel employeur, inquiet à l'idée de recruter un salarié susceptible d'être malade, absent, moins efficace.

Le chargé d'insertion va alors informer Fethi du fait qu'il peut bénéficier d'une double carte de Sécurité sociale sur laquelle la mention 100 % ne sera pas indiquée. Il lui indiquera comment obtenir la carte, et pourra aussi le réadresser à son AS en prenant contact avec elle.

Coordonner les étapes

Fethi, mis en confiance durant l'entretien, explique aussi qu'il ne sera pas libre pour un emploi avant un mois : il doit être prochainement hospitalisé pour un bilan et va très probablement suivre un traitement qui peut engendrer des effets secondaires importants.

Le chargé d'insertion lui indique alors à qu'il est préférable d'éviter d'avoir à fournir des efforts importants dans deux domaines simultanément : adaptation à un traitement, et à une nouvelle activité. L'étape première sera l'initiation du traitement, et l'on pourra envisager dans un second temps la recherche active d'emploi.

Une organisation, qui pourrait a priori sembler rationnelle, voudrait qu'une personne en ait terminé avec une étape pour passer à la suivante en un enchaînement successif qui mènerait des soins à l'entreprise. En effet, dans tout un ensemble de situations, l'insertion sociale n'est pas assez avancée : une nécessité de soins, une absence de logement, des problèmes de divers ordres, trop préoccupants, empêchent un engagement dans l'insertion professionnelle.

(FT : Critères d'évaluation lors d'un entretien pour une insertion professionnelle, p. 133 - Insertion et orientation socio-professionnelle, p. 131)

Le travail en réseau

Comme toujours, la constitution d'un bon carnet d'adresses est un facteur de réussite du travail en réseau, en l'occurrence, tant sur le plan des soins dentaires que sur l'insertion professionnelle, les contacts pris avec les partenaires spécialisés (centres de soins, associations, ANPE[2], cellules précarité des hôpitaux, etc.) permettront une orientation de qualité. La maîtrise des offres locales est capitale.

1. Revenu Minimum d'Insertion - 2. Agence Nationale Pour l'Emploi - 3. Centre Communal d'Action Sociale - 4. Centre d'Action Sociale - 5. Bureau d'Aide Sociale

Co-morbidité psychiatrique et toxicomanie
Le cas de Fabienne

Fabienne est maintenant sous traitement de substitution depuis 6 mois avec de la buprénorphine HD 10 mg par jour. Vous l'avez connue, il y a 5 ans, pour une demande de sevrage à l'héroïne. Elle vous avait alors déclaré utiliser de temps à autre de la cocaïne.
Aujourd'hui, elle vient vous voir exceptionnellement accompagnée par sa mère. Elle est dans une torpeur indéfinissable : assise devant vous, elle ne bouge pas, ne s'exprime pas. Sa mère, inquiète, vous dit qu'elle a du mal à la faire sortir de sa chambre et à la faire manger ; sa fille prend peu soin d'elle et suit difficilement son traitement. Selon sa mère, cet état ressemble à celui dans lequel Fabienne a été à 20 ans quand elle a fait une bouffée délirante subite et a passé 3 mois à l'hôpital psychiatrique. Sa première prise d'héroïne a eu lieu dès la sortie de cet hôpital.

Le débat
Faire le point sur la co-morbidité psychiatrique dans la population des UD : le cas précis de Fabienne est classique : usage d'héroïne dans le cas d'un traitement pour une psychose active.
Le produit « héroïne » est en lui-même un antipsychotique puissant, et un antidépresseur ayant la faveur de certains patients suivis en psychiatrie par rapport à un traitement neuroleptique classique.
La co-morbidité psychiatrique est un fait majeur dans le suivi des UD.
Le travail avec les psychiatres est un axe incontournable.

Médecin, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin
Le médecin décide d'hospitaliser sa patiente dans le secteur psychiatrique.
Comme la mère est en train de craquer, il recherche un lieu relais à la sortie de l'hôpital. Il contacte alors l'AS de l'hôpital pour que soit recherchée une maison de repos.

La demande au travailleur social de l'hôpital
« Je voudrais partir en maison de repos. »

La problématique du médecin

La demande au médecin

Le médecin décide d'hospitaliser sa patiente dans le secteur psychiatrique.
Comme la mère est en train de craquer, il recherche un lieu relais à la sortie de l'hôpital. Il contacte alors l'AS de l'hôpital pour que soit recherchée une maison de repos.

L'essentiel

Le cas de Fabienne n'est malheureusement pas rare. On le sait le recours à un avis psychiatrique sinon à un suivi lourd concerne entre 10 et 15% de la clientèle des médecins généralistes qui suivent des patients sous traitements de substitution. Rappelons que dans l'anamnèse, il faut avoir des informations précises sur les antécédents psychiatriques de la personne.

Il faut rechercher

- Les épisodes dépressifs, les suivis dans l'enfance ou à l'âge de la scolarité par un pédopsychiatre ou CMPP (Centre Médico Psycho Pédagogique) les troubles scolaires graves, les conduites délinquantes et les recours aux juges (fugues, vols), les violences physiques ou sexuelles qui ne sont pas rares, une notion de famille déstructurée, de divorce des parents et de conflits...
- Plus graves sont les personnalités psychotiques qui peuvent décompenser en fin d'adolescence et dont on retrouvera la trace par le recours à des hospitalisations en milieu psychiatrique ou des hospitalisations à la demande d'un tiers ou même des hospitalisations d'office avec un traitement psychotrope lourd.

Dans le cas de Fabienne, l'attitude du médecin ne se discute pas : il doit l'hospitaliser dans le secteur psychiatrique.
Rappelons que pour les personnes ayant une structure psychotique, la rencontre avec l'héroïne peut les amener à une automédication dont les effets seront mieux ressentis que ceux des neuroleptiques car les vertus « pharmacologiques » de l'héroïne sont bien connues au-delà de l'euphorie et d'un certain plaisir à en prendre, des troubles de l'humeur, du sommeil et les effets analgésiques
L'héroïne a des effets anti-dépresseurs qui sont recherchés. *(FT : Les produits illicites et leurs effets, p. 90)*
Dès qu'un traitement de substitution est entrepris même s'il maintient des prises d'opiacés, on ne peut pas toujours éviter une émergence délirante (qui est connue en cas de sevrage classique ou « brutal » en prison).
Un traitement de substitution bien conduit n'amène pas les mêmes effets qu'une utilisation compulsive et importante d'héroïne et il n'est pas rare de voir ressurgir les symptômes psychotiques d'une personne sous traitement de substitution au bout de quelque temps.
Le médecin de famille n'oubliera pas que l'accompagnement au jour le jour d'un psychotique est très lourd ; il faut envisager un soutien de la famille : une aide aux « aidants » (il s'agit ici de la mère de Fabienne). On doit aussi anticiper la sortie de l'hôpital psychiatrique – qui doit durer quelques semaines – en prévoyant un relais à la sortie de l'hôpital, de type maison de repos.

La problématique du travailleur social

La demande au travailleur social de l'hôpital

« Je voudrais partir en maison de repos. »

L'essentiel

Dans cette situation, le TS intervient en aval, c'est-à-dire une fois le problème médical pris en charge. Ici, précédemment, le médecin traitant a joué un rôle fondamental dans l'orientation de Fabienne. Il connaît non seulement la patiente mais aussi le contexte familial dans lequel cette jeune femme évolue. Le médecin de famille est donc le professionnel incontournable à contacter afin de préparer le projet de sortie de l'hôpital psychiatrique.

Force est de constater que la durée moyenne des séjours hospitaliers est de plus en plus courte. C'est pourquoi les transmissions entre professionnels doivent se faire dans un temps relativement bref, à l'instar de la mise en place des projets de sortie, lorsque l'on souhaite orienter le patient vers une « structure de suite ».
Ainsi pour Fabienne, il s'avère essentiel qu'après son hospitalisation elle ne retourne pas directement au domicile de sa mère, elle-même épuisée par cette situation. Une maison de convalescence sera recherchée en accord avec les médecins du service de psychiatrie. Suivant les hôpitaux, cette démarche est effectuée soit par l'AS du service clinique qui met en œuvre le centre de convalescence, soit par la secrétaire, en accord avec le patient et sa famille.
Dans le cas de Fabienne, une concertation de l'équipe du ser-

vice clinique sera nécessaire afin de savoir si le centre doit être spécialisé ou non dans la prise en charge des pathologies psychiatriques. En effet, une hospitalisation en psychiatrie peut tout à fait aboutir vers une maison de convalescence dite «simple». Cela sera en fonction de l'état somatique de Fabienne, du risque potentiel d'un passage à l'acte, d'une nécessaire surveillance mais aussi de son traitement.
Enfin, l'AS à la demande des psychiatres pourra, si l'hospitalisation de Fabienne n'est pas relative à un épisode passager, transmettre à son centre de Sécurité sociale, un protocole d'accord en vue d'obtenir, dans le cadre d'une ALD 30, un 100%.
(FT : Longue maladie et ALD 30, p. 103 - Documents nécessaires à l'hospitalisation, p. 98)

Préalables pour une admission en maison de convalescence

- Toute demande se fait par la transmission d'un dossier médical d'admission. Certains centres ont déjà leurs imprimés. Sur ce dossier est généralement inscrit, outre l'état civil du patient, le motif d'admission à l'hôpital, ses antécédents ainsi que les examens et le traitement mis en place lors de son séjour.
- Ce dossier est examiné par le chef de service ou par un collège médical qui donnera ou non son accord pour l'admission de la patiente.
- Puis il faudra attendre plus ou moins longtemps suivant les centres qui ont des délais d'admission variables.
- Bien entendu, tout cela est corrélé avec une ouverture de droits à la Sécurité sociale complétée par une aide médicale ou une mutuelle. Soyez vigilant car tous les centres n'acceptent pas l'aide médicale.
- Ne pas oublier que si le centre de convalescence est à plus de 150 km une demande d'entente préalable pour le transport sera indispensable.
- Fabienne a la possibilité de sortir 48 heures entre l'hôpital et son admission en convalescence si par exemple elle souhaite passer à son domicile prendre des affaires. Au-delà il faut faire une demande d'entente préalable d'admission en centre de convalescence auprès de sa caisse d'assurance maladie.

Organiser la sortie de la maison de convalescence

Il est important de réfléchir, en collaboration avec l'AS de l'hôpital et le médecin traitant de ville, sur ce qui peut éventuellement se passer après la sortie de la maison de convalescence. Très souvent, le temps passe vite et vu l'état de santé de Fabienne et l'épuisement de sa famille, il faut peut-être envisager dès maintenant de proposer et rechercher un hébergement de type appartement thérapeutique ou un CAT, etc.
Ce type d'affection de longue durée nécessite un accompagnement de longue durée bien coordonné.
Il est important de veiller à ce que le processus de soins commencé ne soit pas interrompu à cause de problématiques liées à des facteurs environnementaux.

Le travail en réseau

La coordination entre les praticiens, services sociaux, de ville et hospitaliers, et la famille est importante, les efforts ne doivent pas être ménagés afin de trouver une solution bien adaptée.
Le cas de Fabienne peut être considéré comme un très long suivi : une concertation bien menée tentera d'aboutir, pour ces patients, à la recherche sur le long terme d'un panel de solutions, dont l'objectif est d'anticiper toute rupture de suivi par une bonne maîtrise du calendrier. Par exemple, la recherche d'un accueil en maison de convalescence apparaît comme la solution immédiate, mais dans le même temps, il faudra anticiper les démarches pour l'obtention d'un appartement thérapeutique ou s'assurer que les conditions sont réunies pour un retour à la maison. Bien souvent, après les premières orientations, les équipes relâchent le suivi et ne sont pas préparées à quelques jours du retour à domicile. La situation est alors traitée dans l'urgence alors que le calendrier est connu depuis longtemps.

Toxicomanie à la cocaïne
Le cas de Jean

Martine, compagne de Jean que vous suivez pour un traitement de substitution à la méthadone, se présente aujourd'hui fatiguée et anxieuse : depuis 15 jours, son ami, consomme de la cocaïne qu'il s'injecte et lui fait vivre un enfer : rien ne parvient à le raisonner ; il part frénétiquement en fin de soirée et rentre au petit matin complètement défoncé. Elle vous demande de l'aider.

Le débat

La cocaïne, produit majeur de la liste des psycho-stimulants, provoque avant tout une grande dépendance psychique qui commence très vite, dès les premières injections, si la personne est fragile et vulnérable (à la différence de ceux qui sniffent occasionnellement).
Cette dépendance psychique entraîne des comportements psychopathologiques : nécessité absolue de se procurer sa drogue quelle que soit l'heure, violence imprévisible y compris envers l'entourage pour aller s'en procurer, comportement addictif et compulsif.
La cocaïne, qu'elle soit prise par voie intraveineuse (plus sévère car les effets durent moins longtemps d'où une consommation plus importante) ou par voie nasale, produit chez l'usager dès quelle est prise une sorte de « montée » induisant un sentiment de confiance en soi, de supériorité, de détachement du monde, d'éloignement de toutes les difficultés, mais aussi de persécution.
Ce comportement pseudo-paranoïaque est très recherché, particulièrement chez les personnes déprimées, la chute quelques minutes et au maximum une heure après l'injection de la cocaïne est ressentie par les usagers comme étant un moment de profonde dépression et d'angoisse avec une souffrance morale intolérable, nécessitant pour pouvoir s'interrompre la reprise de cocaïne ou un autre produit pour alléger la « descente ».
Face à cela les professionnels sont désarmés. Nous n'avons pas pour ce type de drogue de médicament de substitution et la relation avec un usager de cocaïne en manque est complexe et difficile. Pourtant la cocaïne sera la drogue majeure des temps à venir. Le marché se déplace des USA vers l'Europe. Aujourd'hui anecdotiques, les cas de cocaïne augmentent rapidement. Il faut donc s'y préparer.

(FT : Indicateurs et tendances, p. 82 - Les produits illicites et leurs effets, p. 90)

Médecin, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

Martine vient vous voir au sujet de son compagnon Jean qui tout en prenant la méthadone que vous lui prescrivez, utilise depuis quinze jours toutes les nuits de la cocaïne sous forme injectable. Vous décidez d'une visite à domicile (VAD) à son réveil, afin d'évaluer la situation.

La demande au travailleur social

Vous recevez Jean, que vous suivez depuis 3 ans. Vous l'avez suivi quand il était encore héroïnomane. Aujourd'hui Jean est très excité, labile, agressif et vous demande une aide juridictionnelle : il est convoqué au tribunal le lendemain…

La problématique du médecin

La demande au médecin

Martine vient vous voir au sujet de son compagnon Jean qui tout en prenant la méthadone que vous lui prescrivez, utilise depuis quinze jours toutes les nuits de la cocaïne sous forme injectable. Vous décidez d'une visite à domicile (VAD) à son réveil, afin d'évaluer la situation.

L'essentiel

Cette situation est relativement peu fréquente en médecine générale. Elle peut survenir dans les centres-villes, lieux de distribution de la cocaïne, cependant, elle risque de le devenir avec l'arrivée des traitements de substitution qui a modifié la physionomie du marché de la drogue. L'héroïne dont le prix a baissé est de moins en moins consommée. Les dealers se sont reconvertis et le marché de la cocaïne se développe rapidement.

Il faut de fait faire une différence entre :

- les usagers qui n'ont jamais été que consommateurs de cocaïne, en sniff (ceux-là recherchent surtout un stimulant fort ; il n'y a que très rarement des dangers de dérives de type paranoïaques, même si une certaine forme de dépendance psychique est constatée lors d'un usage massif)
- les anciens héroïnomanes, habitués aux effets « flash » et à l'injection intraveineuse (ceux-là risquent de chercher dans la cocaïne injectée une montée « flash »)

De plus, il faut bien différencier la cocaïne sniffée, qui se gère bien le plus souvent, et la cocaïne injectée, qui se consomme de façon compulsive, dont l'effet est « géant » selon les usagers mais très bref… C'est là qu'il y a risque : parce qu'il s'agit le plus souvent d'usagers habitués à l'aiguille et qu'il existe une dépendance psychique et de gros dangers de comportement paranoïaque.

Pour ces usagers-là, il faut savoir que le désir compulsif « d'y retourner » est violent, fort et très long : quelqu'un peut rester 15 jours, 3 semaines en tenant le coup, puis subitement l'idée d'un shoot le reprend et c'est plus fort que tout raisonnement logique. En ce cas, un sevrage hospitalier est conseillé (sevrage sélectif, si la personne est sous traitement de substitution) ; un éloignement à la suite de cette hospitalisation est le bienvenu (dans la famille ou en maison de repos, en attendant que les post-cures classiques acceptent ce style de « temps de rupture »).

Il n'existe pas de traitement de substitution à la cocaïne. Le seul traitement est :

- soit comportementaliste : accompagnement rapproché par l'entourage en famille ou en centre de la personne sous cocaïne, suivi psychothérapeutique, entourage d'une équipe pluridisciplinaire ; on peut s'aider de tranquilisants.
- soit hospitalier par une cure de sevrage qui en dix à quinze jours peut aider l'usager à se libérer de l'emprise psychique de la cocaïne.

Cocaïne et méthadone font bon ménage. Alors que les effets de la cocaïne montent avec une forte stimulation psychique, la méthadone est là pour amortir la descente. Sans méthadone, l'usager utilisera le « speed-ball » qui est un mélange IV d'héroïne et de cocaïne dont les effets conjugués améliorent la tolérance au produit.

Dans un cas comme celui de Jean, l'objectif est d'organiser une hospitalisation en milieu fermé afin d'anticiper une sortie prématurée toujours possible en état de manque. Deux problèmes se posent :

- l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) qui peut être difficile pour le médecin généraliste et la famille,
- l'arrivée du patient à l'hôpital : il faudra l'organiser dans les quelques de périodes de lucidité et de motivation du patient qui vont se présenter.

Reste à trouver un service hospitalier pour le prendre en charge, les services de psychiatrie habituels n'étant pas toujours adaptés. L'aide du CSST[1] local, qui a déjà tissé des liens de longue date avec le secteur psychiatrique et propose certaines cures de sevrage, peut se révéler indispensable.

(FT : Indicateurs et tendances, p. 82 - Les produits illicites et leurs effets, p. 90)

La problématique du travailleur social

La demande au travailleur social

Vous recevez Jean, que vous suivez depuis 3 ans. Vous l'avez suivi quand il était encore héroïnomane. Aujourd'hui Jean est très excité, labile, agressif et vous demande une aide juridictionnelle : il est convoqué au tribunal le lendemain...

L'essentiel

Il est très important d'écouter Jean et de ne pas porter de jugement afin de faciliter le dialogue.
Etre attentif et surtout ne pas donner le sentiment de l'abandonner semblerait être la condition sine qua non au bon déroulement d'une prise en charge globale.
Une réunion de synthèse pourrait permettre de mieux définir la prise en charge de Jean et le rôle de chaque intervenant

N.B. : si Jean arrive à la permanence dans un état très agressif, il serait très utile de le recevoir en binôme (deux TS ou un TS et un autre travailleur médico-social).
En cas de « clash », il faut que l'équipe soit prête à intervenir en se rendant dans les lieux où l'on reçoit Jean.
La simple présence de certaines personnes peut l'aider à se « contenir » et désamorcer la situation de crise.
(FT : Accueil social en urgence, p. 88)

Outre la demande émise par Jean, il est important de lui signifier son comportement inhabituel, surtout depuis qu'il est sous méthadone, et ainsi lui demander ce qui se passe.
Trois possibilités :

- Jean nie son comportement, s'énerve : inutile de poursuivre dans cette voie qui risque non seulement d'être stérile mais qui plus est, selon les UD, met le professionnel dans une situation difficile.
- Vous pouvez également débuter l'entretien en lui demandant la raison de sa convocation au tribunal et si c'est en relation avec une consommation de stupéfiants.
- Jean accepte de parler et l'objectif sera alors de le réorienter rapidement vers son centre méthadone ou vers le généraliste qui la lui prescrit afin de prendre des calmants sous forme de tranquilisants.

Si Jean vous semble trop agressif pour aborder les manifestations de son comportement, il est important de répondre à sa demande afin de le calmer. Cependant, il ne vous sera pas possible d'accéder à sa requête relative à une aide juridictionnelle. *(FT : Aide judiciaire, p. 126)* En effet, la procédure administrative (constitution du dossier puis commission pour son acceptation) est de plusieurs semaines.
Il est cependant possible d'aider Jean face à sa convocation au tribunal. Pour cela il suffit d'écrire une lettre au Juge (Courrier attestation de suivi) précisant la situation sociale dans laquelle se trouve Jean et surtout les efforts qu'il a entrepris durant ces dernières années. Il est également important de noter la régularité de son suivi. Vous pouvez demander un report.
De même vous pouvez contacter, lorsque le temps le permet, l'avocat commis d'office afin d'expliquer au mieux la situation dans laquelle il se trouve.
Cf. Carnet d'adresses national

Le travail en réseau

Il est essentiel que tous les intervenants qui connaissent Jean (le médecin généraliste, le pharmacien, l'AS de secteur, l'équipe du centre méthadone et Martine) se concertent, même par téléphone ; il s'agit d'évaluer qui est le mieux placé pour parler avec Jean, sans qu'il ne se sente agressé (risque de paranoïa). Il est aussi fondamental de savoir reconnaître le moment où Jean sera prêt à entendre une proposition d'aide.
Il s'agit d'organiser ensemble, si Jean est d'accord, une hospitalisation et un départ en post-cure ou maison de repos avec relais méthadone...

1. Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie

Hépatite C et traitement de substitution
Le cas de Fanny

Fanny suit un traitement par la buprénorphine HD et travaille le soir. Elle est heureusement séronégative au VIH, mais séropositive au virus de l'Hépatite C.
Son dernier bilan hépatique est pertubé, un doute est posé par l'élévation des transaminases et une recherche virale (PCR) se révèle positive. Après de longues négociations, elle accepte de passer 24 heures à l'hôpital pour avoir une ponction biopsie du foie. L'examen permet de diagnostiquer une hépatite C chronique et pose l'indication d'un traitement par interféron.

Le débat

La prise en charge de l'hépatite C a pris un jour nouveau depuis l'arrivée de nouveaux traitements (la bithérapie), une clarification de la notion de guérison et une typologie des patients, entre ceux qui évoluent lentement ou rapidement.
Le dépistage prend tout son sens car nous pouvons proposer un traitement qui a près de 50 % de chances de réussir.
Reste qu'il existe deux points noirs :

- celui de l'accès au suivi hospitalier des UD qui est restreint pour plusieurs facteurs dont celui de la « résistance » de certains praticiens hospitaliers à traiter un patient étiqueté de toxicomane et donc à priori non observant
- et celui de l'alcoolisation latente de certains UD qui accélère l'évolution de la maladie et empêche parfois le traitement.

(FT : Le point sur l'hépatite C, p. 149 - Virus des hépatites et VIH : co-infection VIH/hépatite C, p. 155)

Médecin, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

« Je viens de recevoir une convocation de l'hôpital m'invitant à me présenter, suite à l'examen du foie que j'ai subi. Ils m'expliquent que je dois prendre un traitement par Interféron. Qu'en pensez-vous, comment cela va t-il se passer, y'a-t-il des problèmes avec la buprénorphine HD ? »

La demande au travailleur social de l'entreprise

« Je vais commencer un traitement par Interféron et mon médecin m'a dit qu'après le traitement, à prendre chaque soir au calme, je serai très fatiguée. Or je travaille de 16 h à minuit. Je m'inquiète. »

La problématique du médecin

La demande au médecin

«Je viens de recevoir une convocation de l'hôpital m'invitant à me présenter, suite à l'examen du foie que j'ai subi. Ils m'expliquent que je dois prendre un traitement par Interféron. Qu'en pensez-vous, comment cela va t-il se passer, y'a-t-il des problèmes avec la buprénorphine HD?»

L'essentiel

Nous le savons malheureusement entre 50 à 70% des UD sont séropositifs au virus de l'hépatite C. Ils doivent représenter donc une fraction non négligeable de l'ensemble de la population française affectée qui s'élève à 500000 personnes selon l'estimation des épidémiologistes. Rappelons que le mode de contamination des UD aujourd'hui n'est pas l'utilisation de seringues souillées puisqu'ils ont largement repris les conseils du «shoot propre» et que les pharmaciens sont là pour leur délivrer des Stéribox®, mais l'utilisation du matériel d'injection partagé avec un autre UD séropositif au virus C, c'est-à-dire la petite cuillère, le liquide de rinçage, le coton et le filtre, etc.

Il ne faut pas avoir trop d'illusion sur la notion d'abstinence, et nous le savons, dans le parcours d'un UD sous traitement de substitution les rechutes d'injection à l'héroïne et les dangers donc de diffusion de l'épidémie restent présents.
La découverte d'une sérologie positive au virus C engage une surveillance clinique et biologique par le dosage des transaminases et la recherche de la présence du virus lui-même (l'ARN plasmatique).
Concernant Fanny, ce processus qui a été parallèle à son traitement de substitution, à la récupération des liens familiaux, à son bilan de santé globale, a amené de longues discussions entre elle et son médecin sur l'hépatite C.
Dans le cas de Fanny, l'intervention de l'hôpital est l'étape majeure du moment, mais plusieurs cas de figure peuvent se présenter aux médecins généralistes et à son patient:

1. Dans certains hôpitaux, il existe encore une certaine réticence à prendre en charge les UD. Souvent c'est par une ignorance des effets positifs sur la personne des traitements. Arriver avec l'image d'un UD dans certains services est parfois l'objet d'un refus de traitement.
2. La décision de faire une ponction biopsie du foie (PBH) est souvent en corrélation avec la décision d'envisager un traitement. Mais pas toujours: certains services ont avancé sur la question et font des PBH pour documenter un dossier qui doit prendre en compte les éventuels éléments d'aide à la décision que sont:

- un état dépressif,
- une instabilité familiale et personnelle,
- un faible degré d'adhésion du patient,
- son alcoolisation.

3. Une fois l'indication posée suivant les scores d'activité d'une cirrhose éventuelle et en l'absence de contre-indications, le traitement est maintenant bien connu.
(FT: Le point sur l'hépatite C, p. 149 - Virus des hépatites et VIH: co-infection VIH/hépatite C, p. 155)
Il faut être clair dès le début: il est relativement lourd, 3 injections par semaine pendant un an associé à la prise d'un autre médicament (la Ribavirine: 6 gélules par jour). Le patient présentera quelques effets secondaires maîtrisables, toutefois, il ne faut pas négliger la dépression qui constitue un effet secondaire sérieux et qui peut obliger à l'arrêt du traitement. L'activité professionnelle est compatible et le médecin généraliste doit organiser lui-même le suivi du traitement en collaboration avec son correspondant hospitalier.
4. Pour les UD, anciens injecteurs, le fait de faire eux-mêmes leurs injections et de leur remettre une seringue peut poser problème. Suivant la personnalité de chacun, le médecin pourra juger s'il confie les injections à une infirmière libérale ou s'il utilise le stylo. Le stylo actuellement disponible est facile d'utilisation et a aussi l'avantage de pouvoir mesurer le nombre de prises et d'unités d'Interféron et donc de pouvoir apprécier objectivement à chaque consultation l'observance réelle.
5. La continuité du traitement de substitution s'impose. Il n'y a pas de relations négatives entre la buprénorphine, ou méthadone et l'Interféron et bien au contraire le traitement de substitution est là pour aider dans cette phase difficile de la vie du patient malade à la stabilisation globale de son état.

La problématique du travailleur social

La demande au travailleur social de l'entreprise où travaille Fanny

« Je vais commencer un traitement par Interféron et mon médecin m'a dit qu'après le traitement, à prendre chaque soir au calme, je serai très fatiguée. Or je travaille de 16 h à minuit. Je m'inquiète. »

L'essentiel

Pendant tout le temps du traitement, l'assistante sociale d'entreprise par un suivi global, assurera un travail de soutien. Elle s'inquiétera de l'adaptation de Fanny à la nouvelle organisation du temps de travail et verra si des aménagements sont nécessaires. Elle se préoccupera également de la tolérance de l'entourage. Elle sera vigilante vis-à-vis du budget.
Durant toute cette phase, elle sera disponible et ouverte aux besoins d'écoute et de parole dans les moments difficiles.

L'assistante sociale d'entreprise qui reçoit Fanny doit définir aussitôt si elle vient de son propre chef ou si elle est adressée par une tierce personne :

- médecin du travail
- direction du personnel
- hiérarchie
- collègue
- médecin traitant
- travailleur social extérieur

Ceci détermine partiellement les partenariats établis ou à établir.

Lors de ce premier entretien, l'AS va faire le point sur la situation personnelle de Fanny et cerner sa demande, ceci comme tout TS.
Compte tenu des probables retentissements professionnels, il convient de prendre en compte différents éléments concernant l'entreprise car ils auront leur importance dans l'élaboration de la solution à mettre en place (Le domaine d'activité de l'entreprise, sa taille, son organisation, les contraintes imposées par la nature de l'activité, etc.).
Une fois ces éléments pris en compte, l'AS va inventorier les contraintes imposées par la maladie et le traitement. Elle devra estimer leur compatibilité avec le service dans lequel elle travaille, ses horaires, sa charge de travail, son temps de transport, si la maladie de Fanny est connue de son entourage professionnel et par qui, et quel est le positionnement de Fanny et de son entourage professionnel dans cette dernière problématique.
Si la maladie n'est pas connue, l'AS jouera son rôle de soutien et d'accompagnement pour faire prendre conscience à Fanny de la nécessité de la communication de renseignements la concernant auprès des personnes qui auront un rôle à jouer dans la résolution de son problème.
L'AS s'intéressera également à la façon dont Fanny est intégrée dans son service, à la qualité de ses relations avec ses collègues et son supérieur hiérarchique. Comment la maladie, si elle est connue, est vécue par ses collègues, sa hiérarchie (le comportement de celle-ci induisant partiellement celui de l'équipe).
Cet entretien a permis l'évaluation globale de la situation personnelle et professionnelle de Fanny et la mise au clair de sa demande.
L'objectif aura été de faire émerger un projet d'action où Fanny sera impliquée tant dans l'élaboration que dans l'application.
Son activité étant soumise au respect du secret professionnel (article 225 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale et article 378 du Code Pénal), l'AS va définir avec Fanny quelles sont les informations nécessaires et à qui les communiquer. Son accord sera indispensable pour poursuivre l'action et contacter les différents partenaires en interne et en externe.

I. En interne

a) le Médecin du Travail

Si Fanny n'a pas cessé son travail, le médecin du travail peut conseiller des aménagements d'horaires à négocier avec le Directeur des Ressources Humaines.
Cette organisation doit répondre aux besoins engendrés par l'état de santé de l'intéressée ainsi qu'à ceux de l'entreprise.
Il est possible également d'envisager une période de travail à mi-temps thérapeutique sachant que celui-ci ne peut suivre en principe qu'un arrêt de travail, même court. Cependant, il est maintenant admis qu'une durée d'activité à temps plein d'une semaine peut avoir lieu entre l'arrêt total et le mi-temps thérapeutique ; cette durée peut même être plus longue si le Médecin Conseil donne son accord (cf. Guide UCANSS Assurance Maladie, n° 1, p. 94).
Le mi-temps thérapeutique est prescrit par le médecin traitant de Fanny qui le transmet à son centre de Sécurité sociale. Cette prescription d'une durée de 1 à 3 mois est renouvelable sur une période de 6 mois, voire plus, quelques fois.
Le mi-temps thérapeutique peut prendre plusieurs formes :

- activité répartie sur demi-journée tous les jours,
- ou sur 2 jours et demi par semaine,
- ou sur 3 jours la première semaine et 2 jours la semaine suivante.

Il y aura collaboration entre médecin du travail et AS pour le suivi de Fanny en raison des conséquences entraînées par sa situation.

b) L'infirmière de l'entreprise avec laquelle l'AS aura des échanges réguliers. En effet celle-ci aura connaissance au quotidien des difficultés éventuelles rencontrées par Fanny du fait de son état de santé.

c) Le Directeur des Ressources Humaines et la hiérarchie

Ils seront sollicités par le médecin du travail et/ou l'AS pour la mise en place du mi-temps ou l'adoption d'un autre rythme de travail, voire un changement d'équipe, de service, d'horaires.
L'assistante sociale envisagera avec le Directeur des Ressources Humaines la possibilité d'aides financières ou d'un maintien de salaire, en cas de modification des ressources :

- en cas de mi-temps thérapeutique, il y a perte en ce qui concerne les primes, l'intéressement,
- suppression des heures supplémentaires,
- éventuel passage du régime des 2/8 en travail de jour.

d) Le comité d'entreprise et sa commission d'entraide quand elle existe

II. En externe

a) Le médecin traitant

Il sera contacté par AS de l'entreprise pour une meilleure compréhension réciproque de la situation de Fanny et, parallèlement, par le médecin du travail.

b) Le service social de secteur pour une nouvelle organisation de la vie familiale de Fanny : garde des enfants si changement d'horaires de travail, si évolution vers une hospitalisation, aides financières, etc.

(FT : Le point sur l'hépatite C, p. 149 - Virus des hépatites et VIH : co-infection VIH/hépatite C, p. 155)

Le travail en réseau

Le travail de coordination et de concertation des professionnels autour de Fanny devrait permettre de trouver les accompagnements les plus appropriés à sa situation. Ici, les services spécialisés (médecin du travail, AS de l'entreprise) mais aussi les professionnels de ville peuvent fournir un soutien et un accompagnement certains dans le parcours de soin.
Eventuellement, ils pourront aider Fanny à repérer les personnes susceptibles d'être présentes (collègues de travail, amis, famille) autour d'elle en termes de soutien.

Accueil haut seuil - Accueil bas seuil Accompagnement ou assistance

Le cas de Julien

Julien est sous traitement de substitution depuis 4 mois. Il vit dans un squat et fait la manche. C'est un patient très gentil, cependant, il est désespérant : il n'effectue pas les démarches de santé que lui demande le médecin (dépistages, etc.) pas plus que celles demandées par l'AS de secteur. Il dispose d'une AME[1] à la suite d'une hospitalisation. Or, Julien va bientôt se trouver sans Sécurité sociale, son AME arrive à expiration : son traitement et sa situation sociale sont en périls. Il sait pertinemment ce qu'il doit faire pour récupérer des droits, cela lui a été expliqué maintes fois, mais il ne bouge pas.

Le débat

Certains usagers remettent sérieusement en question les professionnels qui tentent de s'occuper d'eux : après avoir demandé leur aide, ils semblent adhérer aux projets et démarches proposés... mais ne passent jamais à l'acte. Au-delà de l'agacement ou de l'envie de baisser les bras qu'ils finissent toujours par générer, quelle attitude tenir ?

Dans quel cas proposer un accompagnement minutieux, même dans les démarches qui semblent simples ? (régression, diront certains ; assistanat, diront d'autres) ? Dans quel cas faudra-t-il au contraire opter pour un discours « cadrant », exigeant ?

Repérer et maîtriser les sentiments que ces patients génèrent ; comprendre l'origine de leur « paralysie », sont les premières tâches que les professionnels entreprendront pour mieux leur venir en aide.

Médecin, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

Julien vient à sa consultation pour le renouvellement de son traitement. Mais comme la dernière fois il vient sans les résultats d'un bilan de sang prescrit depuis de nombreuses semaines. De nouveau vous essayez de comprendre son fonctionnement.

Il vous parle de ses contacts avec l'AS que vous avez mis dans le coup.

La demande au travailleur social

Après discussion avec son médecin généraliste, vous revoyez Julien et vous souhaitez lui faire part de vos interrogations sur les blocages qui l'empêcheraient de faire les démarches nécessaires et étudier avec lui le « comment » parvenir à la régularisation de sa situation.

L'évaluation de sa situation a déjà été effectuée.

La problématique du médecin

La demande au médecin

Julien vient à sa consultation pour le renouvellement de son traitement. Mais comme la dernière fois il vient sans les résultats d'un bilan de sang prescrit depuis de nombreuses semaines.
De nouveau vous essayez de comprendre son fonctionnement.
Il vous parle de ses contacts avec l'AS que vous avez mis dans le coup.

L'essentiel

Parfois le processus d'autonomie est bloqué. Le médecin arrive à stabiliser la toxicomanie, à réduire considérablement la consommation d'héroïne, et le patient rentre dans une routine rythmée par les consultations qui s'égrènent au fil du temps. Comment réagir ?

D'un point de vue médical, il faut envisager l'existence d'une réelle dépression et faire un interrogatoire clinique complet. Si elle est avérée il faut entreprendre un traitement antidépresseur que l'on choisira dans les médicaments classiques de la classe des sérotoninergiques.
D'un point de vue relationnel, il est parfois nécessaire de faire retomber sur ses pieds et dans la réalité le patient qui aura tendance à vivre sur son nuage : rappel de l'importance d'un bilan de santé, des dépistages et des règles de prévention de la contamination dans la vie courante ou sexuelle, gravité des infections possibles (VIH et Hépatites).
Parfois ce sera le contact avec le pharmacien qui sera déterminant : par la délivrance quotidienne faite dans l'officine, un accompagnement psychologique pourra se faire au quotidien – ce que ne peux faire le médecin.
Mais dans tous les cas la multiplication des contacts avec un professionnel qu'il soit médecin ou pharmacien pourra l'amener à réagir et à se laisser prendre en charge par le réseau social.
(FT : Les bonnes questions à poser à l'UD, p. 85)

La problématique du travailleur social

La demande à l'assistant social

Après discussion avec son médecin généraliste, vous revoyez Julien et vous souhaitez lui faire part de vos interrogations sur les blocages qui l'empêcheraient de faire les démarches nécessaires et étudier avec lui le « comment » parvenir à la régularisation de sa situation.
L'évaluation de sa situation a déjà été effectuée.

L'essentiel

L'autonomisation est un processus : pour les patients les plus marginalisés, sans repères, souvent paralysés par des angoisses aiguës, une simple « réponse à la demande » ne peut suffire : loin d'une « assistance » qui ferait régresser, une période de prise en charge avec des accompagnements à l'extérieur par exemple, est parfois nécessaire ; il s'agit d'un démarrage, en vue d'un parcours vers l'autonomie.

Trois cas de figures peuvent se présenter

1. angoisses et dangers réels

Julien fait partie des patients (sous buprénorphine ou méthadone) qui ont des périodes où ils ne peuvent faire seuls la moindre démarche ; ce, en raison d'angoisses paralysantes. Certains ont des symptômes psychosomatiques lors de simples démarches à la Sécurité sociale (sueurs, tremblements…) ou en raison des dangers qu'ils encourent en effectuant ces démarches (fiche de recherche qui pourraient ressortir en cas de démarches au commissariat par exemple).
Certains problèmes sont issus des années « galère », que les UD souhaitent oublier : problème d'identité (difficile de devoir dire et redire sa situation compliquée, peu glorieuse, à des agents d'accueil ou techniciens des administrations, associations…).
Même si l'AS n'est pas un psychologue, il a normalement reçu les bases qui permettent au moins une évocation des problèmes et une proposition d'orienter vers un spécialiste. On peut toujours (et cela est très sécurisant pour une personne angoissée) renvoyer les interrogations, les impressions d'impuissance que nous pouvons ressentir face à une personne, pour peu que cela soit fait avec empathie, sans jugement ni moralisation. Si le TS n'a pu aider à verbaliser les problèmes, c'est qu'ils sont très profondément ancrés. Un accompagnement dans les démarches est ici indispensable.

2. bas-seuil d'exigences, haut seuil de tolérance : une question de santé publique

D'autres personnes dont la problématique sociale et/ou médicale est extrêmement complexe, en raison d'un dénuement total tant au niveau du logement que des ressources ou encore de l'environnement familial et amical, demandent au TS des méthodes de travail adaptées c'est-à-dire un suivi social de personnes en grande précarité. Les conditions de vie précaires ainsi qu'un état de « défonce » quotidien ne facilitent pas d'une part, un suivi régulier (RDV non honorés une fois sur deux), d'autre part l'investissement de la personne dans la régularisation et l'amélioration de sa situation sociale qui sera bien souvent chaotique.

Dans les situations de bas seuil, l'objectif est au départ minimaliste :

- que l'usager puisse avoir accès aux soins et aux droits dont il relève,
- maintenir la tête de l'usager au-dessus de l'eau.

Cela sous-entend que l'exigence du professionnel est faible, que le suivi, parsemé d'embûches et de rechutes, s'élabore sur du long terme sinon deux problèmes peuvent apparaître dans cette situation :

- Julien se sent débordé, dépassé par les démarches à entreprendre, le risque est alors qu'il se sente découragé et renonce à poursuivre son traitement.
- Mais n'oublions pas non plus l'épuisement du professionnel car ces situations lourdes sont peu gratifiantes et les résultats extrêmement modestes.

Les démarches auprès des administrations ou des associations doivent se faire avec Julien au risque sinon que rien ne se fasse.

3. le temps, un facteur incontournable

Julien reste sur une autre étape de vie : il est marginalisé mais pas tant que cela car il habite dans un squat, cependant il a des blocages sur les démarches qui ne sont tout simplement pas faciles à effectuer.

Le processus d'autonomisation est long, il nécessite l'acquisition de connaissances mais aussi une capacité de circulation dans les offres (repérer les règles, exprimer sa demande, se repérer dans le temps et l'espace) ; pour le moment Julien ne peut s'y confronter seul.

Si cette situation dure très longtemps, il risque de perdre les liens fragiles qu'il a avec la société : Sécurité sociale, squat, etc. Aller à la causalité de ses blocages et les résoudre est souvent lié au temps de travail thérapeutique, qui selon les cas, peut être de courte ou de très longue durée. Dans ce cas, un accompagnement permettra un apprentissage des démarches pas à pas.

Si un accompagnement physique s'avère indispensable, il est important de trouver le cadre dans lequel il pourra se faire. L'urgence est ici de chercher une équipe ou une personne proche qui puisse aider Julien et l'accompagner physiquement dans ses démarches, ou tout simplement les faire à sa place.

Dans les centres, les infirmiers psychiatriques peuvent assumer de tels accompagnements, ces accompagnements ne sont pas toujours évidents à réaliser pour une AS de secteur, mais une solution sera recherchée dans ce sens.

Travail en réseau

Il se peut que dans le squat de Julien, il y ait des personnes plus à l'aise dans ce genre de démarches qui peuvent l'aider ; dans ce cas, l'AS peut effectuer la démarche d'introduction vers le service par une communication téléphonique, une prise de rendez-vous et un courrier afin que la personne en question soit accueillie favorablement.

Malgré cet accompagnement « rapproché », si la situation de Julien reste dans l'état, c'est alors avec le médecin qu'une décision sera prise quant à la continuité du suivi. Un travail de concert s'avère dans ce cas indispensable car Julien fait partie des personnes que les professionnels « portent » plutôt qu'ils n'accompagnent.

Il peut être aussi discuté avec le médecin et l'intéressé d'une délivrance plus rapprochée de son traitement en lui expliquant que ce traitement s'inscrit dans une démarche globale où la partie sociale occupe donc une place essentielle.

Cette « carotte » peut mobiliser Julien qui n'est sans doute pas sans comprendre l'importance de la continuité de son traitement par buprénorphine.

Parfois le changement de médecin peut être utile pour reprendre les choses à zéro.

1. Aide Médicale d'État

Chômage, ennui, solitude chez le toxicomane
Le cas de Emmanuel

Avant d'être sous traitement de substitution, Emmanuel menait une vie très active, avec des réseaux de connaissances nombreux : pour sa propre consommation et ses besoins de chaque jour, il achetait puis revendait de l'héroïne dans des milieux aisés. Aujourd'hui, il a rompu avec ses anciennes relations, comme cela lui a été conseillé, et n'en a pas acquis de nouvelles (sa famille n'a pas encore reconnu son avancée et refuse toujours de le revoir). Il n'a pas encore commencé une recherche d'emploi ; il ne s'y sent pas prêt. Ses ressources, si leur origine est maintenant officielle et honnête, ont sérieusement baissé ; il a dû revendre la voiture qui lui aurait permis de se déplacer et se distraire. Il s'ennuie et déprime.

Le débat

Prendre en charge des usagers de drogues, nécessite une connaissance de leur mode de vie, des modes d'usages, de vente et de revente des produits... Il faut prendre en considération les différentes ruptures relationnelles, souvent douloureuses, qui accompagnent la sortie du milieu.
De plus, ne pas sous-estimer le rôle important que jouera éventuellement un ennui lancinant qui s'installe parfois, après quelque temps d'euphorie. La capacité de l'usager à s'investir ou non dans de nouvelles activités est alors déterminante.

(FT : Les produits illicites et leurs effets, p. 90 - Critères d'évaluation lors d'un entretien pour une insertion professionnelle, p. 133 - Insertion et orientation socio-professionnelle, p. 131)

Médecin, chargé d'insertion, travailleur social, les problématiques

La demande au médecin

Emmanuel que vous suivez pour un traitement de substitution et qui jusqu'ici ne posait pas de problèmes vient vous voir pour des troubles du sommeil. Alors qu'il s'endort facilement et se réveille au petit matin, pendant plusieurs heures il est pris de moments d'angoisse dans la journée et vous parle de sentiments de déprime avec un discours de dévalorisation de lui-même.

La demande au chargé d'insertion ANPE

Emmanuel semble désemparé : « Je m'ennuie, je ne sais pas quoi faire de mes journées et j'ai besoin d'occupation. Cela dit, je ne me sens pas l'énergie de reprendre immédiatement un emploi, des horaires fixes, le rythme du boulot, la hiérarchie, les collègues... »

La demande au travailleur social

Vous recevez Emmanuel pour signer un nouveau contrat RMI[1] ; le premier était axé sur une insertion par les soins. Il vous explique aujourd'hui qu'il ne se sent pas prêt à retravailler (il travaillait comme commercial il y a une dizaine d'années) ; « Je crains de ne pas pouvoir assurer côté rythme et horaires. Pourtant, je m'ennuie et souhaiterais faire quelque chose de mes journées. »

La problématique du médecin

La demande au médecin

Emmanuel que vous suivez pour un traitement de substitution et qui jusqu'ici ne posait pas de problèmes vient vous voir pour des troubles du sommeil. Alors qu'il s'endort facilement et se réveille au petit matin, pendant plusieurs heures il est pris de moments d'angoisse dans la journée et vous parle de sentiments de déprime avec un discours de dévalorisation de lui-même.

L'essentiel

Comme pour tout patient présentant une dépression masquée, le décryptage du discours d'Emmanuel doit faire penser à l'existence d'une réelle dépression chez ce patient.

Les troubles du sommeil, on le sait, sont un symptôme fréquent et classique de la dépression mais bien sûr il faut dans l'interrogatoire faire le point sur cette question et dépister une éventuelle vraie dépression.

Emmanuel dans ce cas-là aura besoin d'un traitement antidépresseur que l'on pourra choisir parmi la classe des sérotonergiques qui permet des progrès manifestes dans la maîtrise de l'humeur.

L'accompagnement et le soutien psychologique sont importants et parfois les troubles du sommeil nécessitent un traitement rapide et court par une benzodiazépine qui peut-être prescrite pendant une semaine ou deux, pas plus.

Dans la mesure où cet état dépressif est réactionnel à l'arrêt de la toxicomanie et à la dérégulation de son réseau primaire personnel (avec sa famille et ses amis) le médecin doit rechercher les meilleures solutions pour reconstruire ses liens sociaux.

En tant que médecin de famille, il est bien placé pour pouvoir stimuler sa famille pour l'entourer, l'accompagner et l'aider dans cette période difficile.

La problématique du travailleur social

La demande au travailleur social

Vous recevez Emmanuel pour signer un nouveau contrat RMI[1] ; le premier était axé sur une insertion par les soins. Il vous explique aujourd'hui qu'il ne se sent pas prêt à retravailler (il travaillait comme commercial il y a une dizaine d'années) ; « Je crains de ne pas pouvoir assurer côté rythme et horaires. Pourtant, je m'ennuie et souhaiterais faire quelque chose de mes journées. »

L'essentiel

La loi de 1988, instituant le Revenu Minimum d'Insertion, débutait avec ce postulat :

« Toute personne qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation de l'économie et de l'emploi, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. L'insertion sociale et professionnelle des personnes en difficulté constitue un impératif national. »

En 1988, le versement seul d'un revenu minimum était bel et bien exclu ; la réinsertion de la personne exclue, dans la vie de la collectivité était l'objectif à atteindre ; et une insertion SOCIALE, donc qui ne devait pas se limiter à l'aspect purement professionnel.

Il y a « une vie » au-delà de l'activité professionnelle ; ceci, d'autant plus face à la situation actuelle du marché du travail : loin d'une situation de plein emploi, elle ne permet pas aux plus fragiles d'accéder à l'embauche (manque de diplôme, d'expérience, limite d'âge atteinte, impossibilité de suivre le cursus préalable...). Lorsque l'un d'eux y parvient, la compétitivité, les cadences de travail, génèrent un tel stress qu'il met vite en péril le contrat difficilement obtenu.

Hélas, la profession est encore un élément primordial de notre capital et de notre identité : on se présente aux autres par nos liens familiaux (je suis le fils de, l'époux de...) et de notre profession. Ces deux aspects (famille et profession) sont souvent des éléments pauvres, voire négatifs, pour les usagers les plus destructurés. Il est pourtant capital pour eux de trouver les voies d'une identité retrouvée ou enfin trouvée. L'accès et l'investissement dans des activités sociales, culturelles, sportives, artistiques, voire occupationnelles pour ceux qui cumulent les problèmes de santé, est indispensable en vue d'une stabilisation à long terme de leur traitement.

Tant que perdurera la période de «sous-emploi» que nous connaissons, il serait logique pour la collectivité de se doter des outils nécessaires en vue d'une participation à la vie de la cité des personnes sans emploi, alors qu'ils ne peuvent participer à la marche économique du pays. En période d'emplois raréfiés, les dispositifs d'insertion sociale doivent s'ouvrir à des modes de participation et d'identification dans la société, autres que celle du travail.

Quelques lieux existent déjà, même s'ils sont nettement insuffisants et s'ils sont souvent destinés à des publics particuliers : personnes sans domicile fixe ; personnes séropositives ou personnes connaissant des troubles psychiatriques. Des associations (type CHRS[2] ou boutiques) proposent également des activités pour leurs accueillis.

Les activités proposées sont par exemple : atelier écriture, bande dessinée, théâtre, informatique, poterie, bridge, échecs, peinture, expression corporelle, Viet Vo Dao... Ici, toute innovation est permise.

Il ne faut pas oublier non plus les centres culturels municipaux, auxquels certains patients peuvent participer, dès lors qu'ils sont en capacité d'aller au-devant d'un groupe de personnes «plus classiques» auxquelles ils ne s'identifient pas.

En ce qui concerne Emmanuel, il faut valoriser le chemin déjà parcouru : si le premier contrat d'insertion s'orientait autour de la nécessité de se soigner, le second doit déjà tenir compte du désir d'insertion sociale, même s'il ne s'agit pas encore à proprement parlé d'une insertion professionnelle. Il faudra du temps pour faire émerger un projet en ce sens. Proposer à Emmanuel de contractualiser sur la poursuite des démarches de soins, et sur un suivi social plus régulier : c'est-à-dire hebdomadaire si possible pendant quelque temps, rendu nécessaire par le risque de déprime qu'il exprime et par la recherche d'activités (même si elles sont encore de type «occupationnel»).

Avec lui, prendre contact avec divers partenaires disposant d'ateliers où il puisse s'inscrire. S'il parvient à se mobiliser et à suivre avec régularité une activité, il reprendra confiance en son propre potentiel. Nous pourrons alors lui proposer dans quelque temps un bilan d'évaluation et d'orientation à visée plus professionnelle. En ce sens, un rendez-vous avec le chargé d'insertion ANPE[3] sera envisagé. Un contact avec ce dernier facilitera la première rencontre.

Une bonne connaissance du milieu associatif local facilitera une bonne orientation pour Emmanuel.

Tout professionnel peut se constituer un carnet d'adresses concernant l'insertion, et aller à la rencontre de ces partenaires pour sensibiliser les acteurs à l'accompagnement des personnes substituées.

(FT : Critères d'évaluation lors d'un entretien pour une insertion professionnelle, p. 133 - Insertion et orientation socio-professionnelle, p. 131)

La problématique ANPE

La demande au chargé d'insertion ANPE

Emmanuel semble désemparé : «Je m'ennuie, je ne sais pas quoi faire de mes journées et j'ai besoin d'occupation. Cela dit, je ne me sens pas l'énergie de reprendre immédiatement un emploi, des horaires fixes, le rythme du boulot, la hiérarchie, les collègues...»

L'essentiel

Une des premières étapes consiste à aider le patient à envisager concrètement une activité à court terme. Des propositions de démarches (telle une rencontre avec le professionnel de l'institution X qui est prêt à informer sur une perspective de travail) permettent au patient de commencer à s'imaginer dans tel ou tel contexte, mener une telle activité, et s'intégrer à une équipe de collègues... Il s'agit de ranimer le désir de s'engager dans une action pour que l'envie d'aller de l'avant supplante la tendance au repli sur soi et la crainte de l'échec.

L'élaboration d'un projet professionnel n'est parfois possible qu'après 6 à 12 mois de prise de poste pour des personnes qui ont vécu au jour le jour et dans la discontinuité. Les premiers postes acceptés ne sont pas forcément choisis à l'issue d'une grande réflexion mais adoptés parce qu'ils semblent accessibles pour commencer quelque chose, et pour que la personne reprenne confiance en son potentiel.

(FT : Critères d'évaluation lors d'un entretien pour une insertion professionnelle, p. 133 - Insertion et orientation socio-professionnelle, p. 131)

L'entretien s'engage

Suite à cette difficulté exprimée par Emmanuel de reprendre une activité structurée régulière dans un contexte professionnel exigeant, le chargé professionnel va explorer un peu mieux la situation de l'usager pour s'assurer que d'autres freins importants à l'insertion ne soient pas à l'œuvre.

Suite à l'évaluation : les questions de RMI[1], dettes, contraventions et impôts font surface.

Le chargé d'insertion apprend qu'Emmanuel a contracté de multiples dettes et affaires auprès de plusieurs banques. Il sait

que dès qu'il va reprendre un emploi, tous les problèmes d'argent plus ou moins en suspens depuis qu'il est allocataire du RMI vont s'abattre sur lui.
Pourquoi fournir un effort d'adaptation pour une insertion professionnelle alors qu'«ils vont le retrouver»: banques, RATP et SNCF pour ses contraventions, et probablement se profilent des saisies sur salaire... Ses inquiétudes concernent aussi les impôts (il n'a jamais fait de déclaration). De plus, ne risque-t-il pas de perdre le RMI et la carte Santé?
Quand il fait le compte des risques envisagés et des problèmes liés à un changement de situation, il préfère se contenter d'activités occupationnelles qui ne remettent pas en cause sa situation d'allocataire du RMI.
Un contact avec l'AS sera nécessaire pour prendre en compte des inquiétudes légitimes et envisager des solutions.

L'accès à l'emploi provoque un ensemble de changements, particulièrement sur le plan des droits sociaux. Certains d'entre eux constituent des freins à l'engagement de la personne. Voici quelques exemples de ce qui peut quelque temps arrêter les usagers:

- S'engager sur un long terme conduit à perdre le bénéfice de la carte Santé alors que des soins dentaires longs et coûteux sont indispensables. Certains patients ont contracté des dettes importantes et ne se sont jamais manifestés vis-à-vis de leurs créanciers: ils n'ont entamé aucune démarche telle que mettre en place un échelonnement des paiements.
- Ils ne se sont jamais fait connaître des impôts et craignent de mettre en œuvre toute une «machine administrative» dont les conséquences pourraient leur échapper et leur être, à court terme, préjudiciables faute d'avoir anticipé la situation et d'avoir effectué les démarches nécessaires à temps.

Les précédents essais de recherche d'emploi d'Emmanuel

Malgré ses craintes relatives à ses impayés et à la perte de situation de RMIste, Emmanuel a déjà cherché par lui-même à retravailler l'hiver précédent. Se présentant directement aux employeurs, il a obtenu quelques entretiens qui à chaque fois aboutissaient à l'échec.

- Les techniques d'emploi sont peu intégrées... On a souvent entendu dire: «les UD sont menteurs, comédiens...», pourtant nombreux sont les patients qui ressentent le besoin de «dire vrai», qui ont besoin d'être acceptés tels qu'ils sont. Se composer un personnage en décalage avec l'image de soi présente des difficultés pour tout un chacun.
  Cette difficulté est encore plus grande pour des personnes fragiles sur le plan narcissique et qui ne peuvent faire état d'une grande part de leur passé en entretien de recrutement. Les techniques de recherche d'emploi qui les guident dans leur façon de se présenter aux employeurs leur semblent souvent artificielles. La recherche d'emploi s'avère difficile: le manque d'estime de soi des personnes rend difficile la confrontation au jugement d'autrui, à la sélection, et au risque de voir rejetée sa candidature. Pourtant, le fait de renforcer le lien social constitue un point d'appui essentiel pour l'évolution de toute une part des usagers.

La proposition du chargé d'insertion

Un stage de redynamisation, resocialisation qui ne comporte pas dès le départ, un bilan de compétence semble l'une des solutions appropriées dans le cas d'Emmanuel. Il ne s'agit pas cependant de l'unique solution: si un temps plein ne paraît pas indiqué à cette étape du parcours d'Emmanuel, des séquences de travail plus courtes, ou aménagées et dans des cadres adaptés, peuvent être envisagées avec lui.
En effet, il existe aussi les EMT (Évaluations en Milieu du Travail) qui peuvent être mises en œuvre par un conseiller ANPE, dès lors que le chargé d'insertion a pris le temps de mettre en place un partenariat avec cette institution. Il ne faut pas non plus négliger l'intérêt des entreprises intermédiaires, des entreprises d'insertion et des entreprises d'intérim d'insertion. Ces dernières permettent à des personnes parfois très désocialisées de reprendre une activité professionnelle de façon plus progressive en moyenne que l'entreprise de «droit commun». Selon les aptitudes physiques, les motivations, et le comportement relationnel de la personne, le chargé d'insertion va choisir plutôt tel organisme que tel autre pour entamer un dialogue avec l'UD à ce sujet.

Les moyens à disposition du chargé d'insertion

Il s'agit cependant de bien connaître les spécificités de chaque lieu d'insertion: quel type de contrat peut être proposé, et de quelle durée peut-il être? Certaines propositions peuvent être d'une à deux journées, certaines autres peuvent s'organiser à mi-temps. Quel niveau d'exigence aura-t-on vis-à-vis du nouvel embauché? Des éléments précis et fiables doivent être transmis à la personne avant qu'elle ne décide de s'y rendre ou pas.
De plus, il paraît indispensable d'avoir des contacts avec des interlocuteurs rencontrés, **au préalable dans leurs locaux,** avant d'adresser un patient encore fragile dans un lieu où il pourra tester ses aptitudes à progressivement retravailler. Une bonne connaissance du lieu d'insertion s'avère sécurisante pour l'UD.
Certaines grandes entreprises – plus particulièrement les entreprises publiques – disposent parfois d'un service d'aide à l'insertion professionnelle et accueillent dans le cadre d'emplois aidés des demandeurs d'emploi.
Les Contrats Emploi Solidarité (CES) constituent un exemple des tremplins appréciables pour des personnes fortement désinsérées. Cependant concernant ce type de contrats précaires, il ne faut jamais oublier qu'il s'agit d'une étape et qu'un important et difficile travail est à mener pour éviter les cruelles désillusions qu'occasionnent les fins de ces contrats.

Le travail en réseau

On a vu précédemment l'importance des relations partenariales construites et solides ; le chargé d'insertion doit également avoir pris contact avec toutes les institutions et associations d'insertion, de bilan et de formation qui peuvent proposer des permanences d'accueil, des stages en atelier, et en entreprise.

Les mairies font partie des premiers interlocuteurs à contacter pour s'enquérir des noms des personnes ou des associations qui proposent des appuis aux demandeurs d'emploi.

Il faut parfois beaucoup de persévérance pour développer un carnet d'adresses, mais la curiosité et l'ouverture à un partenariat élargi s'avèrent souvent efficaces.

Le soutien des professionnels non spécialisés dans l'insertion professionnelle, en dehors d'une valorisation de la démarche de l'usager qui semble aller de soit, peut s'avérer décisif en cas de crise ou de désillusion. Il n'est pas exclu que le médecin ou le TS ait à se proposer comme intermédiaire.

Le réapprentissage d'un nouveau mode de vie, plus dans les normes, est un processus souvent très long. Une recherche d'emploi n'est pas une entreprise aisée, surtout quand le nouveau comportement de la personne (arrêt de l'héroïne, stabilisation avec le traitement de substitution) n'est pas encore reconnu et valorisé par ses proches.

Une intermédiation auprès de la famille peut être nécessaire pour mettre en valeur les efforts menés et solliciter un soutien. Le médecin peut être ce « tiers » ou une personne de l'entourage de son patient qui est reconnu par la famille. La mobilisation de l'ensemble des professionnels et des membres de l'entourage peut contribuer à créer un environnement social favorable au processus de socialisation de l'usager.

1. Revenu Minimum d'Insertion - 2. Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale - 3. Agence Nationale Pour l'Emploi

Fiches techniques

Pages

Généralités

77 La Loi 70
79 La réduction des risques
82 Indicateurs et tendances

L'accueil des UD

85 Les bonnes questions à poser
87 Le bilan de santé du toxicomane
88 L'accueil social en urgence des UD
89 L'accueil de l'UD à l'officine

Les produits consommés par les UD

90 Les produits illicites et leurs effets
94 Mémo : évaluation de la dépendance
95 Les nouveaux produits

Fiches sociales

96 Couverture sociale - régime général
97 Protection sanitaire et sociale
98 Documents nécessaires en vue d'une hospitalisation
99 Aides médicales
101 Assurance maternité
102 Arrêt de maladie
103 Longue maladie - ALD 30
104 Assurance invalidité
105 La COTOREP et l'allocation adulte handicapé
107 Le revenu minimum d'insertion (RMI)
108 Protection sociale des étrangers
109 Convention d'assistance réciproque avec la France
110 Aide médicale des étrangers
111 Couverture sociale des chômeurs
112 Détenus/Sortants de prison
113 Sida et protection sociale
115 Sida et aides sociales
117 ASSEDIC
118 Fond social de l'ASSEDIC
119 Aides au logement
122 Prévenir l'expulsion
124 Les huissiers
125 Surendettement des familles

Cette ouvrage ne prend pas en compte les modifications occasionnées par la mise en place de la Couverture Médicale Universelle (CMU).

Fiches techniques (suite)

Pages

126 Aide judiciaire
127 Rôle des assistantes sociales
128 Le système de protection judiciaire de l'enfant et de la jeunesse
129 Les soins dentaires
131 Insertion et orientation socio-professionnelle
133 Critères d'évaluation lors d'un entretien pour une insertion professionnelle
134 L'hébergement d'urgence
136 Allocation de parent isolé et allocation pour jeune enfant
137 Tutelles aux prestations sociales (TPSE et TPSA)
139 Mesure jeune majeur

Traitements de substitution

140 Les règles de la Buprénorphine HD
141 Méthadone, mode d'emploi
142 Conduite à tenir lors d'un premier entretien avec un UD
143 Conduite à tenir lors d'un second entretien avec un UD
144 Conduite à tenir lors des consultations suivantes
145 Cadre légal des traitements de substitution

Le sevrage

147 Le sevrage - conférence de consensus

Hépatite C

149 Le point sur l'hépatite C

Sida

152 État des connaissances sur le VIH
154 La grossesse chez la femme infectée par le VIH et l'infection par le VIH chez l'enfant
155 Virus des hépatites et VIH : co-infection VIH/hépatite C

Grossesse

156 Grossesse et toxicomanie : le travail en réseau

Cette ouvrage ne prend pas en compte les modifications occasionnées par la mise en place de la Couverture Médicale Universelle (CMU).

La loi 70

En France, la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 constitue le fondement législatif du dispositif institutionnel. Il faut y intégrer la loi du 12 juillet 1916 qui pose le principe d'établir par voie réglementaire la liste des produits illicites. Ce texte permet ainsi de ne pas recourir au législateur pour modifier cette classification.

La mise en place des décrets subséquents à la loi de 1970 repose ainsi sur le caractère licite ou illicite du produit.

Souvent complétée par des textes réglementaires, cette loi n'a jamais été modifiée par le législateur. **Elle s'inscrit dans le cadre de la « lutte contre les fléaux au Titre II du Code de la Santé Publique ».**

Cette inscription souligne la complexité du problème soulevé par la toxicomanie et conforte les tabous sociaux.

Le législateur de 1970 pose des principes qui s'appliquent encore aujourd'hui :

Définition de la toxicomanie qui est décrite comme **une pratique portant atteinte aux individus et, à travers eux, la société.**

Interdiction d'usage en privé des produits stupéfiants.

Dès lors, la mise en place des dispositions de la loi vise à éradiquer la drogue en articulant les actions autour de deux principes complémentaires : **l'abstinence et la désintoxication pour les usagers dépendants.**

La loi de 1970 s'articule autour de trois pôles

- Le principe d'interdiction d'usage de produits stupéfiants et la répression du trafic.
- Une mesure alternative thérapeutique (injonction thérapeutique).
- Le principe de gratuité des soins et d'anonymat pour les usagers demandeurs d'une cure de sevrage.

Si ce texte demeure majeur dans la législation française c'est qu'il confère à l'Etat le soin de prendre en charge le toxicomane. Ce principe n'a pas été remis en cause par les lois de décentralisation.

Les diverses dispositions d'ordre général inscrites dans le texte de 1970 s'appliquent toujours aujourd'hui. Elles ont trait à la mise en place d'une surveillance sanitaire relevant des dispositions du code de la santé publique[1].

INJONCTION THÉRAPEUTIQUE ET OBLIGATION DE SOIN

La pratique des dispositions de la Loi du 31 décembre 1970 qui intéressent l'autorité sanitaire va très vite trouver ses limites et conduire à la prise en charge des seuls usagers signalés par le procureur de la République à la Ddass[2].

Cet article prévoit que :

- l'autorité sanitaire fait procéder à un examen médical et à une enquête familiale et sociale[3] avant d'orienter la personne interpellée vers le dispositif de soins.
- Dans le cas où cette personne se révèlerait dépendante aux substances psychoactives, le code pénal stipule que l'autorité sanitaire lui enjoigne de suivre une cure de désintoxication[4].
- Si son état ne nécessite pas de cure de désintoxication, la personne est placée sous surveillance médicale[5].

1. L'obligation de soin

Mise en œuvre de l'obligation de soins[6] : le code pénal prévoit expressément : « Les personnes inculpées du délit prévu par l'article L 628, lorsqu'il aura été établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, pourront être astreintes par ordonnance du juge d'instruction ou du juge des enfants, à subir une cure de désintoxication accompagnée de toutes les mesures de surveillance médicale et de réadaptation appropriées à leur état. » Elles pourront alors bénéficier de la réduction, voire de l'exonération de leur peine.

N.B. : même si l'usager se soumet à cette procédure l'inscription au casier judiciaire demeure.

2. L'injonction thérapeutique

Depuis 1981, l'injonction thérapeutique[7] du fait de l'évolution du dispositif de l'obligation de soins n'intéresse plus que le premier niveau du temps de procédure judiciaire, à savoir **le moment de l'interpellation.**

Cette mesure est limitée[8] aux usagers de produits stupéfiants tels que l'héroïne, la cocaïne, l'usage massif du cannabis.

Cette mesure connaît depuis 1987 une application renforcée du fait du développement des politiques de lutte contre les risques et de l'octroi de crédits supplémentaires. Une réflexion portant sur l'actualisation de l'application de cette mesure est en cours visant notamment à recentrer la mesure d'injonction thérapeutique aux usagers dépendants.

Les autres obligations de soins déterminées par le législateur ne sont plus guère utilisées par les magistrats.

Des mesures de droit commun sont désormais mises en place ; elles prévoient **des mesures de surveillance médicale applicables quel que soit le délit.** Il en est ainsi des mesures inscrites dans le cadre du contrôle judiciaire ; celui-ci peut être prononcé lors de procédures directes de renvoi devant le tribunal correctionnel ou lors d'une mise à l'instruction.

3. Le cadre du sursis

Le cadre du sursis avec mise à l'épreuve intéresse les cas où des peines d'emprisonnement ont été prononcées[9].

N.B. :

- Le nouveau code pénal prévoit également un ajournement avec mise à l'épreuve du prononcé de la peine sous réserve d'obligations particulières et notamment l'obligation de soins[10].
- Une obligation de soins peut également être prononcée par le juge d'application des peines dans le cadre d'une libération conditionnelle, dont peut bénéficier une personne condamnée après exécution de la moitié de sa peine de prison ferme.

Ainsi, bien que l'article 729 du code de procédure pénale ait prévu initialement un dispositif restrictif et complexe, les évolutions de la société depuis 1970 ont entraîné une nécessaire adaptation des prononcés de peines par les magistrats. Cela se traduit précisément par l'emploi de l'ensemble de l'arsenal judiciaire mis à disposition des juges pour remplir leur mission dans un contexte social en pleine mutation.

1. Article L 355-14 du code pénal - 2. article L 355-15 du code pénal - 3. article L 355-16 du code pénal - 4. article L 355-16 du code pénal
5. article L355-17 du code pénal - 6. article L628-1 et suivant du code de la santé publique - 7. circulaire du 17-9-1984- Ministère de la Justice
8. circulaire interministérielle DGLDT/CRIM/DGS n° 20 du 30 juin 1995 - 9. article 132-45 alinéa 3 du nouveau code de procédure pénale
10. article 132-65 du nouveau code de procédure pénale

La réduction des risques

Les politiques de réduction des risques visent la modification des pratiques et non l'élimination des comportements, cette nuance explique les difficultés rencontrées par les pouvoirs publics et les associations militantes face à l'opinion de la société. La société française a plus de mal à appréhender la réduction des risques auprès des usagers de drogues que la réduction des risques auprès des automobilistes par exemple. De cela, certains professionnels de la santé et du social, qui sont en «première ligne» auprès des toxicomanes, ne sont d'ailleurs pas exempts.
Les pouvoirs publics, et en grande majorité les professionnels, se sont fait obligation morale et déontologique d'apporter les soins nécessaires aux toxicomanes et de s'en donner les moyens (dispositif législatif, mise en place de programmes expérimentaux, développement des traitements de substitution, campagnes d'information, crédits formation pour les professionnels, etc.) mais aussi de réduire l'ensemble des risques encourus par les usagers de drogues.

La réduction des risques naît avec l'apparition de l'épidémie du SIDA dans les années 80, il s'agit alors de prévenir la transmission d'une maladie transmissible par voie sexuelle et sanguine.
Concrètement, la réduction des risques est articulée autour de trois grands axes :

- le travail pluridisciplinaire des acteurs de la santé et du social : renforcement du rôle du médecin généraliste, du pharmacien, travail de proximité et travail en réseau,
- l'élargissement des possibilités de prescription d'opiacés de synthèse, mise en place des traitements de substitution,
- la mise en œuvre d'actions pour réduire les risques liés aux conditions de l'usage de drogues : soutien à la mise en place de messages de communication, mise en vente libre des seringues, ouverture de boutiques, bus de prévention, programmes d'échanges de seringues, etc.

Réduction des risques liés à l'injection intraveineuse des drogues

Matériel de prévention : description et dispositifs d'accès

Deux dates importantes

1987 : Autorisation expérimentale de mise en vente libre des seringues en pharmacie pour les personnes majeures. Les textes rendent possibles et initient une démarche de santé publique par les pharmaciens d'officine. L'accès au matériel d'injection propre de proximité est rendu possible.
1995 : Autorisation de délivrance gratuite de seringues par les associations menant des actions de prévention du sida et des hépatites. Ces textes entérinent le succès des actions menées par les associations et permettent de les développer.

Actuellement en France on compte (janvier 99)

- 86 programmes d'échange de seringues,
- 32 lieux de contact, appelés communément «Boutiques», et environ 150 distributeurs automatiques dans les principales villes françaises.

On estime qu'en 1998, 85 à 90 % des seringues des usagers de drogues proviennent des pharmacies.

Matériel de prévention

Les matériels de prévention décrits ci-dessous permettent à l'usager de drogues par voie intraveineuse de pratiquer des injections dans des conditions d'asepsie qui évitent la contamination par le virus du sida et les hépatites mais aussi les abcès. Certains d'entre eux contiennent aussi des préservatifs et des messages de prévention.
Le Kit® : marque déposée par la DGS (Direction générale de la Santé) pour une trousse de prévention en carton ou en sachet plastique contenant : 2 seringues, 2 tampons alcoolisés, 2 ampoules d'eau PPI, 1 préservatif, 1 message de prévention et 1 message signé du ministre de la Santé.
Le Kap® : Kit d'Accès Prévention cylindrique destiné en priorité aux automates. Il contient 1 ou 2 seringues, 1 ou 2 tampons alcoolisés, 1 ampoule d'eau PPI, 1 préservatif, 1 message de prévention et 1 message signé du ministre de la Santé.
Stéribox® : Trousse qui contient 2 seringues, 2 tampons alcoolisés et de l'eau stérile pour l'injection, 1 préservatif et des messages de prévention. Le prix conseillé est de 5 francs. **Le Stéribox 2 va proposer en plus :** une cupule, un filtre et une compresse postinjection.C'est **le Stéricup®.**
Distribox® : il est accolé à la paroi d'une pharmacie et fonctionne lorsque celle-ci est fermée.
L'utilisateur obtient un Stéribox® en introduisant un jeton donné par une association ou par le pharmacien à l'occasion d'un achat de Stéribox®.

- **Les automates :** les associations porteuses des projets de mise en place de ces appareils approvisionnent les machines et sont financées par la DGS. Un accord de partenariat est passé entre le financeur de l'installation de la machine, généralement la commune, et l'association qui l'approvisionne.

- **Les distributeurs-échangeurs et les distributeurs « voie publique » :** ils sont installés sur la voie publique le plus souvent à l'initiative des municipalités, les machines fonctionnent avec des jetons ou sous forme d'échangeur, en échange l'usager reçoit un matériel de prévention sous forme de trousse.
- **Les récupérateurs « voie publique » :** généralement installés par les communes, ils permettent de récupérer les seringues usagées et d'éviter leur abandon sur la voie publique. Les récupérateurs délivrent un jeton qui permet d'obtenir en échange gratuitement du matériel propre. L'échange se fait alors soit dans une pharmacie approvisionnée par une association soit par une équipe de prévention.

Les programmes d'échange de seringues ont pour principaux objectifs : l'information et le conseil personnalisé, l'accessibilité aux moyens de prévention, l'accessibilité au dépistage de l'infection par le VIH et les hépatites, l'accompagnement des usagers vers des lieux de soin VIH et plus généralement somatiques, et vers les services spécialisés en toxicomanie, l'accès aux droits sociaux. Ces programmes vont à la rencontre des usagers dans leur environnement naturel. Généralement, ce sont des véhicules aménagés de type « bus de prévention ».

La distribution des seringues dans des centres : les centres médico-sociaux, « Boutiques », dispensaires qui accueillent les populations d'usagers de drogues et qui ont pour mission la prévention et l'éducation à la santé des populations accueillies distribuent du matériel de prévention.

Le rôle des pharmaciens

La mise en vente libre de seringues et matériels de prévention en officine a placé du même coup en « première ligne » le pharmacien. Ne pas laisser le pharmacien seul, face à des problèmes de conscience, des craintes justifiées ou non, et des situations parfois difficiles à assumer dans une officine, tel est le rôle d'actions de formation et du travail en réseau.

Les actions de formation visent à préparer les professionnels à gérer, dans leur pratique quotidienne, les situations liées à l'infection par le VIH auxquelles ils peuvent être confrontés, et à favoriser un travail en partenariat avec les différents intervenants locaux afin de permettre un soutien global et continu aux personnes touchées et leurs proches. Elles apportent également des connaissances et une sensibilisation à l'accueil et à l'écoute des usagers de drogues qui sont amenés à fréquenter leur officine.

L'annexe 1 de la circulaire n° 37 du 12 avril 1995, « la vente de Stéribox® dans le circuit officinal », précise les modalités de l'accompagnement de l'action des pharmaciens, les actions de formation à mener et la mise en réseau des acteurs sanitaires et sociaux.

Au niveau du travail en réseau, il est précisé : « Ces actions doivent permettre au pharmacien de se sentir intégré réellement dans un réseau d'acteurs de santé et de prévention, et non perçu comme un simple dispensateur. C'est un moyen de sensibiliser les pharmaciens à leur rôle essentiel en matière de santé publique, et donc de favoriser l'accès aux seringues et aux trousses de prévention dans les meilleures conditions non seulement d'accueil mais aussi financières. »

Le travail des pharmaciens s'inscrit donc dans un travail en réseau comprenant celui des associations de lutte contre le sida, des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, des réseaux ville-hôpital, des réseaux de soins de proximité et des médecins de ville. Le pharmacien peut délivrer avec le matériel de prévention, des plaquettes avec les adresses des services de soins spécialisés. Il est important qu'il puisse s'appuyer sur le savoir-faire d'autres disciplines, échanger et rencontrer les acteurs locaux de la réduction des risques.

Si nombre de pharmaciens n'ont pas été ou peu formés à cette action, l'engagement des pharmaciens est pourtant patent puisqu'en 1997 le programme de vente de trousses de prévention à prix réduit a rencontré un grand succès : 192 000 trousses vendues par mois.

Le rôle des médecins

Peu de médecins ont eu accès aux kits de prévention pour les donner lors des consultations dès que la question se posait. En effet, les kits de prévention, la plupart du temps, étaient soit vendus comme le Stéribox®, soit l'objet de programmes associatifs subventionnés.

Certaines CPAM, dans les années 1996-97, ont soutenu la campagne de prévention en achetant des kits qui ont été donnés aux usagers de drogues via les professionnels de santé.

La délivrance de ce matériel dans le cadre d'une consultation demeure problématique. En effet, dès qu'il s'agit d'injection soit de drogues illicites, soit de produits détournés, le médecin a tendance à insister prioritairement sur les soins et le sevrage avant la réduction des risques.

Le rôle des infirmiers

Au sein des réseaux ville-hôpital, le débat sur le rôle des infirmiers par rapport aux seringues stériles a été très présent.

Les infirmiers ont comme outil habituel et quotidien les seringues. Comment peuvent-ils d'un côté, effectuer leurs soins et de l'autre, donner une seringue stérile à leurs patients injecteurs ? Une partie d'entre eux l'a fait, mais il faut reconnaître que ce n'est pas une situation fréquente dans leur pratique quotidienne. Certains ont agi dans la réduction des risques liés aux injections en tant que citoyens : le fait qu'ils aient dans leur cabinet ou dans leur sacoche du matériel stérile était pour eux une invitation à faire de la prévention. Des infirmiers ont rapporté qu'ils discutaient avec les usagers de drogues en bas des immeubles dans certaines cités (du shoot propre, des conditions d'hygiène alimentaire) et leur donnaient quelquefois des seringues.

Tableau récapitulatif des différents dispositifs d'accès au matériel de prévention

Action de prévention	Produits délivrés	Modalités
Vente en pharmacie	Stéribox® 1 et 2 seringues, préservatifs	**Vente libre** au prix unitaire conseillé de 5 francs (+) **Vente libre**
Échange en pharmacie	Le Kit®, dans sa version carton ou plastique. Kap®	**Échange :** programmes pilotes d'échanges de Kit® contre des seringues usagées. Remise de Kit® aux pharmaciens et gestion des déchets par une association partenaire.
Automate à l'extérieur d'une pharmacie : Distribox® et autres distributeurs de Stéribox®	Stéribox®	**Échange :** fonctionne avec des jetons délivrés par les récupérateurs, les pharmaciens ou les associations, contre la remise de seringues usagées. L'automate est accolé aux parois d'une pharmacie. Il est conseillé d'installer un récupérateur de seringues – distributeur de jetons à côté. Maintenance par une association partenaire.
Automates fixes « voie publique » Distributeurs et échangeurs distributeurs Récupérateurs	Kap® Jeton	**Échange :** Distribue un jeton contre la remise d'une seringue usagée Distribue un Kap® cylindrique en échange d'une seringue usagée ou d'un jeton.
Échange seringues par une unité mobile : bus de prévention	Kap® ou Le Kit® Seringues, eau PPI, tampons alcoolisés, préservatifs, eau de Javel, brochures, containers	**Don et/ou échange**
Distribution de matériel de prévention dans un centre de soins, le local d'une association ou une « Boutique »	Kap® ou Le Kit® Seringues, eau PPI, tampons alcoolisés, préservatifs, eau de Javel, brochures, containers	**Don et/ou échange**

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité : Politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues, Textes officiels, DGS, Novembre 1998.

Indicateurs et tendances
Faits et chiffres

D'après Indicateurs et tendances en 1999 – OFDT

Le phénomene des drogues en france

Consommation des différentes drogues

Cannabis : la consommation de cannabis **est de plus en plus répandue,** en particulier chez les jeunes. En 1995, environ un quart des 18-44 ans avaient expérimenté le cannabis au cours de leur vie, alors que selon des enquêtes récentes, entre 23 et 34 % des jeunes déclarent une consommation de cannabis au cours de la seule année écoulée. Le fait le plus marquant concerne les usages fréquents : au lycée, la part des jeunes déclarant avoir consommé du cannabis au moins 10 fois au cours de l'année a augmenté de plus de moitié entre 1993 et 1997.

Opiacés : au milieu des années 1990, le nombre d'usagers d'opiacés «à problèmes» (ayant une consommation impliquant ou pouvant impliquer des dommages de nature sanitaire, sociale, judiciaire et/ou une dépendance) pouvait être estimé entre 140 000 et 170 000. Ce nombre inclut aujourd'hui une proportion importante de personnes sous traitement de substitution ou consommant des produits de substitution (hors cadre de prescription médicale), cette population ayant très fortement augmenté depuis 1996. D'après les indicateurs indirects dont on dispose (interpellations, saisies, décès par surdose), la consommation d'héroïne est en diminution en 1997 et 1998, en raison tout d'abord de la diffusion des produits de substitution, mais également d'une certaine désaffection des jeunes à l'égard de l'héroïne. Les observations de terrain suggèrent une diminution de la pratique de l'injection chez les héroïnomanes. On note en revanche l'apparition du recours à l'injection pour les produits stimulants.
La consommation de cocaïne est en augmentation, phénomène qui transparaît dans les statistiques d'interpellation.
Produits multiples : les consommations festives avec association de multiples produits, dont les produits licites, se développent chez les jeunes. L'usage du tabac et de l'alcool est souvent associé à celui du cannabis. Les trois quarts des expérimentateurs de cannabis déclarent fumer du tabac ne serait-ce que de temps en temps (55 % en fument régulièrement). Plus de la moitié des usagers de cannabis déclarent par ailleurs consommer régulièrement de l'alcool (au moins une fois par semaine au cours des douze derniers mois) et quatre expérimentateurs sur cinq déclarent avoir été ivres au moins une fois au cours de leur vie.

Alcool : depuis le début des années 1970, la consommation moyenne d'alcool par habitant (calculée en litres d'alcool pur) s'inscrit à la baisse. Les données disponibles ne permettent pas de retracer de façon certaine l'évolution globale de la consommation depuis le milieu des années 1990. Il est néanmoins possible de faire état, chez les jeunes, d'une augmentation du nombre d'épisodes d'ivresse et de la proportion de consommateurs réguliers pour les alcools autres que le vin. Un peu plus d'un Français sur cinq déclare consommer de l'alcool tous les jours, selon des enquêtes réalisées en 1995 et 1996. Par ailleurs, le pourcentage de personnes faisant un usage de l'alcool potentiellement dangereux pour la santé (on constate une hausse de la mortalité au-delà de 4 verres par jour pour les hommes et de 2 verres pour les femmes) était estimé à 10 % de la population des plus de 18 ans en 1991-1992. Environ 8 % des 18-75 ans présentaient un risque d'alcoolo-dépendance en 1995-1996.

Tabac : la consommation moyenne de tabac est en diminution depuis la fin des années 1980, évolution qui se poursuit en 1997. Chez les 12-18 ans, la proportion de consommateurs est passée de 46 % en 1977 à 25 % en 1997. En 1998, environ un tiers des Français de plus de 15 ans se déclarent fumeurs. La consommation déclarée des hommes est en régression, en revanche celle des femmes est en augmentation.

Médicaments : les ventes de médicaments antidépresseurs ont beaucoup augmenté jusqu'en 1997 (+ 40 % depuis 1991). A l'inverse, les ventes d'anxiolytiques ont eu tendance à diminuer (– 9 % depuis 1991). L'augmentation de la consommation des antidépresseurs semble très largement liée à l'arrivée sur le marché d'un nouveau type d'antidépresseurs (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine). Globalement, la consommation régulière de médicaments psychoactifs pourrait toucher environ un adulte sur dix. En 1998, chez les jeunes, 8,7 % des 12-19 ans ont pris un médicament psychoactif au cours des trente derniers jours. 10 % des lycéens ont pris plus ou moins régulièrement des médicaments psychoactifs au cours de l'année et 20 % tout à fait exceptionnellement, ces chiffres étant en augmentation par rapport à 1993.

Les conséquences sanitaires

Les méthodes d'évaluation de la mortalité liée à la consommation de drogues illicites, d'alcool et de tabac n'étant pas identiques, les données recueillies ne sont pas comparables d'un produit à l'autre.
On ne dispose pas en France d'une vision globale de la mortalité des usagers de drogues illicites. Pour ces derniers, seu-

les deux causes de mortalité sont documentées grâce à des systèmes de suivi spécifiques : le sida et les surdoses. Les décès par surdose diminuent fortement d'année en année depuis le milieu des années 1990 (564 en 1994, 143 en 1998), après une croissance quasiment ininterrompue depuis les années 1970. Même si elle reste majoritaire, la part de l'héroïne dans les produits mis en cause régresse (64 % en 1998) ; en revanche, celle des médicaments augmente (de 7 % en 1990 et 1991 à 29 % en 1998). Les décès par sida liés à l'usage de drogues par injection ont également connu une baisse spectaculaire en quelques années (1037 en 1994, 267 en 1997), cette évolution étant surtout imputable aux progrès thérapeutiques récents qui ont fait globalement reculer le nombre de décès pour tous les malades, indépendamment du mode de contamination.

On estime que 26 000 décès par an sont directement liés à la consommation d'alcool. Ce chiffre se situerait entre 40 000 et 50 000 en tenant compte des décès indirectement liés à cette consommation. Le taux de décès lié à l'alcoolisme est en diminution constante depuis 1979 pour les deux sexes. Cette évolution est attribuable pour l'essentiel à la diminution des décès par cirrhose. Le cancer des voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage, larynx) diminue beaucoup chez l'homme et moins chez la femme, la consommation de tabac, également facteur de risque pour ces cancers, ayant tendance à augmenter chez les femmes. En 1995, une alcoolémie dépassant le seuil légal a été décelée dans un tiers des décès survenus lors d'accidents de la route.

A la fin des années 1990, on considère que 60 000 décès par an sont imputables à la consommation de tabac. On prévoit, en projetant les consommations selon l'évolution des comportements au cours des décennies précédentes, un doublement des décès masculins et un décuplement des décès féminins liés au tabac à l'horizon 2025.

Les maladies infectieuses sont le seul aspect de la morbidité des usagers de drogues illicites qui soit relativement bien connu. Elles continuent à être une des conséquences sanitaires majeures de l'usage de drogues illicites (principalement chez les usagers de drogues injecteurs). Les problèmes psychiatriques et les tentatives de suicide sont sans conteste d'autres traits importants qu'il est actuellement difficile de mesurer précisément. Depuis le début des années 1990, la prévalence déclarée de la contamination par le VIH a diminué parmi les usagers de drogues ayant recours au système de soins. Elle se situait entre 14 et 20 % en 1993 ; elle s'établit entre 12 et 15 % en 1997. Depuis le milieu des années 1990, cette baisse semble se poursuivre à un rythme plus faible, tout du moins parmi les usagers de drogues ayant recours aux centres spécialisés. Le nombre de nouveaux cas de sida déclarés a par ailleurs fortement diminué. La prévalence déclarée de l'hépatite C se situe toujours à un niveau élevé parmi les usagers de drogues ayant recours au système de soins. Elle se situait entre 44 et 66 % en 1994, et s'établit en 1997 entre 52 et 66 %. La proportion d'usagers déclarant ne pas connaître leur statut a diminué depuis quelques années (un tiers des personnes ayant recours au système sanitaire et social en 1997). Dans les enquêtes reposant sur des tests biologiques, la prévalence de l'hépatite C déclarée par les usagers est en moyenne inférieure à la prévalence réelle : un tiers des personnes déclarant être séronégatives sont révélées positives au test salivaire.

Les données disponibles en matière d'hospitalisation permettent de conclure qu'une part importante des séjours hospitaliers est liée directement ou indirectement à la consommation nocive d'alcool. Ainsi, 20 à 30 % des hommes hospitalisés auraient besoin d'un traitement pour cette consommation. 10 % des hospitalisations seraient directement liées, pour les hommes, à des complications de l'alcoolisme. Selon une enquête réalisée en milieu hospitalier, portant sur les années 1991 et 1992, la consommation d'alcool serait en lien avec 29 % des hospitalisations pour troubles mentaux, 12 % des hospitalisations pour tumeurs, 12 % des hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire, 8 % des hospitalisations pour traumatismes ou empoisonnements et 8 % des hospitalisations pour maladies de l'appareil digestif. Les hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire et du système nerveux viennent ensuite.

Le tabagisme est signalé comme facteur de risque pour 16 % des personnes hospitalisées.

Le dispositif sanitaire et social face aux drogues illicites

La croissance rapide et soutenue des ventes de buprénorphine HD depuis sa mise sur le marché en mars 1996 témoigne de la mise et du maintien sous traitement de substitution d'un nombre important d'usagers dépendant de l'héroïne. Depuis l'automne 1995, la distribution de méthadone en officine a connu une croissance modérée. Cette modération peut être mise en relation avec un cadre de délivrance plus strict : initiation du traitement de méthadone en centre spécialisé, dont les capacités sont limitées du fait que les patients doivent venir chaque jour, ou au moins chaque semaine, stabilisation de l'usager requise pour un relais en médecine de ville, durée de prescription limitée à 7 jours, etc.

On estime que 13 800 000 seringues ont été vendues aux usagers de drogues en pharmacie en 1997. Sur ce total, 4,6 millions correspondent aux ventes de Stéribox® en augmentation constante et modérée depuis leur apparition, à l'automne 1994. Il semblerait que les ventes de seringues sous d'autres conditionnements soient restées stationnaires. Le nombre de seringues distribuées gratuitement par les programmes d'échange de seringues représentaient 10 à 11 % du total des seringues utilisées par les usagers de drogues en 1996. L'évolution des quantités de matériel d'injection distribuées ou vendues peut être interprétée comme le résultat d'une augmentation des infections à moindre risque (moins

de réutilisations, moins de partages) et de l'impact des traitements de substitution qui tendent à faire baisser le recours à l'injection. La contribution respective de ces deux facteurs ne peut être évaluée. L'impact de la politique d'accessibilité au matériel d'injection, bien que difficile à quantifier, paraît incontestable sur la transmission du virus du sida chez les usagers de drogues. Elle semble, en revanche, avoir moins d'effet sur la transmission du virus de l'hépatite C.

Les recours des usagers de drogues aux structures sanitaires et sociales ont augmenté, à champ constant, de 10 % entre 1996 et 1997. Cette augmentation est en large partie due à la progression des prises en charge dans les centres spécialisés. Elle pourrait s'expliquer par le développement de l'offre de traitements de substitution. La proportion d'usagers pris en charge directement à ce titre par les centres spécialisés augmente de manière très importante (1,2 % en 1993, 32 % en 1996).

Le nombre d'usagers pris en charge par les médecins généralistes a augmenté entre 1995 et 1997. Le nombre de médecins recevant des usagers de drogues semble assez stable et cette croissance des prises en charge semble surtout liée à l'augmentation du nombre de personnes vues par les médecins qui recevaient déjà ce type de patients. Les usagers de drogues sont plus souvent des patients réguliers en 1997 qu'en 1995. La prise en charge par les médecins généralistes est plus globale en 1997 ; les problèmes somatiques et sociaux sont très largement pris en compte. La prescription de produits de substitution a très fortement augmenté (cette augmentation concerne principalement la buprénorphine HD) alors que celle d'anxiolytiques, d'hypnotiques et d'antalgiques à diminué.

Le dispositif d'application de la loi

Les interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants ont fortement augmenté ces dernières années (de 45 206 en 1993 à 85 507 en 1998). Cette évolution masque des mouvements contradictoires : forte croissance des interpellations des usagers de cannabis (30 344 en 1993, 72 281 en 1998), diminution de celles des usagers d'héroïne (14 959 en 1993, 7 469 en 1998 après une pointe à 17 356 en 1995). Les interpellations d'usagers de cocaïne ont beaucoup progressé en 1997 et 1998, même si elles ne représentent qu'une faible proportion des interpellations pour usage (4 % en 1998). Dans un certain nombre de départements, les interpellations pour usage de cocaïne sont devenues plus nombreuses que celles pour usage d'héroïne, ce qui n'avait jamais été le cas auparavant. Les interpellations d'usagers simples progressent plus vite que celles des usagers-revendeurs. La part des usagers-revendeurs dans le total des interpellations, environ 12 % en 1998, a légèrement diminué depuis 1993.

À l'inverse, **les usagers simples** ont vu leur part dans le total des interpellations augmenter de 74,6 % en 1993 à 82 % en 1998. Le nombre des interpellations de trafiquants chute assez fortement entre 1996 et 1998, passant de 8 412 à 5 541. On retrouve en 1998 à peu près le même nombre d'interpellations que dans les années 1991/92. En 1998, les trafiquants de cannabis représentaient un peu plus de la moitié des trafiquants interpellés (52 %), proportion à peine inférieure à celle de 1997 (53,5 %). La part des trafiquants d'héroïne a chuté de 33 % à 24 % de 1997 à 1998, alors que celle des trafiquants de cocaïne (et de crack) est passée de 12 à 17 %.

Après avoir connu une forte progression entre 1992 et 1995, le nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées a stagné en 1996, et régresse légèrement en 1997. Cette baisse du nombre d'injonctions en 1997 peut être mise en relation avec la baisse du nombre d'interpellations des usagers d'héroïne en 1996 et 1997. Néanmoins, ce phénomène n'explique que partiellement une telle évolution, dans la mesure où 60 % des injonctions sont prononcées suite à des interpellations pour usage de cannabis, lesquelles sont en forte augmentation. Le développement des obligations de soins (condamnations avec sursis et mise à l'épreuve assortie d'obligations de soins), venant partiellement se substituer à l'injonction thérapeutique, pourrait constituer un autre élément d'explication.

Le nombre de condamnations pour infractions liées au trafic de stupéfiants est resté pratiquement stable entre 1991 et 1997 (11 798 condamnations en 1997) alors que le nombre de condamnations comportant au moins une infraction d'usage a augmenté de près de 50 % (15 685 condamnations en 1997). L'essentiel de l'augmentation du nombre de condamnations comportant au moins une infraction d'usage provient de l'augmentation des condamnations pour usage associé au trafic, au transport ou à la cession, c'est-à-dire les infractions où les usagers sont, en principe, impliqués dans le commerce de stupéfiants. Les condamnations pour usage seul ont eu tendance à diminuer entre 1991 et 1997, celles où l'usage est associé à d'autres délits demeurant à un niveau assez stable. Il est difficile de savoir si l'explication de cette évolution réside dans le fait que davantage d'usagers sont impliqués dans le commerce des stupéfiants (davantage d'usagers sont utilisés pour transporter des stupéfiants et franchir les frontières) ou si les parquets ont modifié leurs pratiques de qualification en ayant recours à deux infractions, usage et trafic, là où auparavant seule l'infraction d'usage aurait été retenue.

Le nombre de personnes entrées dans les établissements pénitentiaires suite à une infraction principale d'usage est en diminution régulière entre 1993 (1 213 personnes incarcérées) et 1997 (700 personnes incarcérées). Les entrées liées au trafic ont brusquement chuté en 1997 après être restées très stables entre 1993 et 1996. Cette dernière évolution peut être rapprochée de la diminution du nombre des interpellations de trafiquants. Si l'on observe non plus les flux d'entrées annuels mais la population incarcérée à une date donnée, on constate une diminution de 21 % du nombre de détenus condamnés pour infraction à la législation sur les stupéfiants entre le 1er janvier 1996 et le 1er janvier 1998.

Les bonnes questions à poser

Les 7 bonnes questions à poser par le médecin lorsqu'il reçoit un UD (Usager de Drogue)

1. Histoire de la toxicomanie
- Ancienneté - produits - modes d'administration.
- Historique des soins, des sevrages, des traitements pris.
- Produits actuels : quantité, usages, coûts.
- Autres médicaments, alcool.

2. Le mode de vie passé et actuel
- Lieux de vie et d'habitat, conditions de vie.
- Logement.
- Rapports avec la famille, mariage, conjoint, séparation, enfants, amis proches.

3. Problèmes avec la justice et la police
- Incarcérations.
- Injonctions thérapeutiques, obligations de soins, sursis.
- Affaires en cours.

4. L'accès aux droits et aux soins
- Couverture Sécurité sociale.
- Mutuelle.
- Aide médicale.
- Ressources.
- Allocations.

5. Histoire de la formation personnelle
- Diplômes, formation, qualification.
- Postes de travail, carrière, CV.
- Chômage, maladie, invalidité.

6. Les principaux problèmes de santé et le suivi médical
- Dépistages.
- Suivi gynécologique pour les femmes.
- Soins dentaires.
- Vaccinations.
- Complications liées aux injections : abcès, septicémies, endocardites.
- Hospitalisations.

7. Les principaux problèmes et antécédents : psychologiques et psychiatriques
- Consultations chez un psychologue ou un psychiatre.
- Antécédents de suivi et d' hospitalisations psychiatriques.
- Troubles du comportement dans l'enfance, retard scolaire.
- Violences familiales, sexuelles, maltraitance.
- États dépressifs, TS.
- Moments d'angoisse et d'insomnie, etc.

Les 10 bonnes questions à poser par le travailleur social lorsqu'il reçoit un UD

Les questions à aborder avec tout patient, sauf fragilités trop massives (en ce cas : évaluer, moduler, différer, orienter) :

1. Couverture sociale

- Droits Sécurité sociale en place et à quel titre ?
- Droit 100 % en place en cas de pathologie et jusqu'à quand (vérifier sur la notification de l'accord du médecin conseil de la CPAM) ?
- Mutuelle ou aide médicale ? Date de la fin de droit.

2. Ressources

- Quelles sont les ressources actuelles ? Jusqu'à quelle date (il faut veiller au renouvellement si AAH, ou aux suites, si indemnités journalières, Assedic…) ?
- Quelle possibilité d'accroître les ressources, si besoin ?
- Quels droits complémentaires (complément RMI si ressources inférieures ; AAH si handicap suffisant ; pension d'invalidité ou Fonds National de Solidarité si pathologie et travail suffisant ; aide à l'autonomie si taux d'invalidité à 80 % et logement ; Allocation Parent Isolé) ?
- Quelles aides et solidarités locales (quelles sont les aides municipales du lieu de résidence du patient et quelles sont les associations locales où l'adresser) ?

3. Papiers d'identité

- Patient français : a-t-il une carte d'identité (gratuite donc exigée le plus souvent) : attention, refaire sa CNI peut être source de problèmes (extrait acte naissance : découverte sur ses origines ; démarches commissariat : problèmes justice, etc.).
- Patient étranger avec carte de résident.
- Patient étranger sans papier.

4. Situation familiale

- Quels contacts avec parents et frères/sœurs ? Comment retisser les liens ? Médiation souhaitée ?
- Couple : si cela est possible dès le premier entretien (sinon lors des prochains RV), voir où en est la personne face à sa vie de couple (stabilité, projet de vie, désir de séparation, violences subies…).
- Enfants : s'ils vivent avec le patient, relation parent-enfant… S'ils sont placés ou gardés par un autre membre de la famille (grand-mère par exemple).

5. Insertion professionnelle

- Scolarité et formation.
- Expérience passée ?
- Réalité actuelle : quel emploi - Désir de changer (parfois nécessaire pour traitement), emplois officieux : « manche » ; vente de produits ou médicaments ; prostitution ; larcins.
- Projets à venir : formation, travail (utopistes ou non ; à pousser ou à freiner).

6. Domiciliation, hébergement, logement

- Quelle adresse administrative et quel lieu d'habitation, s'ils sont différents ?
- Si hébergement ou squat, quel désir et quelles possibilités de changer la situation actuelle ?
- Projet à terme de logement personnel : une demande de logement a-t-elle été déposée ?

7. Endettement

- Dettes légales : impôts, justice (certaines amendes aux Douanes sont gigantesques), hôpitaux, loyers, crédits divers.
- Dettes hors champs légal : dette aux dealers par exemple.
- Quelles démarches possibles : dossier FSL (Fonds de Solidarité Logement) ; dossier surendettement ; médiation auprès des créditeurs ; emprunt possible…
- Lors des prochains RV : établir un budget mensuel et voir étalement des dettes.

8. Situation judiciaire

- Y a-t-il une mesure en cours (mise à l'épreuve, contrôle judiciaire, travail d'intérêt général à effectuer…) ?
- En ce cas, y a-t-il respect des convocations ?
- Le patient connaît-il sa situation exacte ? Pas de risque de condamnations inconnues (jugement par défaut) ?

9. Activités

- Activités sociales ou humanitaires si l'orientation vers l'insertion professionnelle est prématurée.
- Contact avec des associations (boutiques pour SDF, plates-formes RMI, associations pour séropositifs…).

10. Vie sociale – évaluation du potentiel de soutien social des réseaux naturels

- Relations amicales, de travail, de voisinage.
- Nature des contacts, fréquence, nature des échanges et fréquence.

Le bilan de santé du toxicomane

L'interrogatoire s'attachera à faire le point sur les antécédents les plus graves :

- septicémies, endocardites, infections microbiennes ou mycosiques,
- chirurgicaux : abcès, accidents divers.

L'examen clinique et l'interrogatoire rechercheront

- Un état d'hygiène est souvent déplorable. Il faut faire le tour de l'état de la peau (eczéma, gale, surinfections de plaies).
- L'état des veines et des lieux des injections multiples.
- L'état dentaire souvent dans un état de délabrement avancé
- L'interrogatoire et l'examen cardiaque recherchera les signes d'une toxicomanie à la cocaïne : angor, HTA, crises de tachycardie.
- L'examen pulmonaire recherchera les traces de l'inhalation de produits (crack, héroïne) : hémorragies et hémoptysies, broncho-pneumopathies. Une radio pulmonaire de contrôle de la tuberculose en cas d'altération de l'état général sera faite.
- L'examen gynécologique fera le tour des antécédents (grossesses, IVG, salpingites) et proposera une contraception et un frottis de dépistage.

La consultation sera aussi un moment de prévention et de dépistage.

Le préservatif et son mode d'utilisation devront être rappelés. Les sérologies de dépistages seront proposées après discussion sur leur importance. VIH et VHC sont les principales avec l'hépatite B. Mais l'accord du patient doit être obtenu. Le moment du dépistage du VIH doit être bien choisi : apprendre sa séropositivité longtemps niée n'est pas simple pour quelqu'un qui sort à peine de la galère de la drogue et dont le manque de confiance en lui-même est important.

Évaluer l'état psychique : bilan d'une anxiété ou de crises d'angoisse, troubles du sommeil, état dépressif, passé psychiatrique (périodes d'hospitalisation, états délirants). Dans ce cas, commencer à parler de la nécessité d'un avis spécialisé. Les antécédents psychiques de l'enfance sont particulièrement importants : il faut rechercher un retard scolaire, une consultation en pédopsychiatrie, des violences ou abus sexuels.

L'accueil social en urgence des UD

Il n'est pas rare d'entendre qu'il n'y a pas d'urgence en matière de toxicomanie ; qu'il faut « éprouver » le désir réel du patient et vérifier la vraie demande (en lui demandant de venir à plusieurs entretiens par exemple). Telle n'est pas notre approche : force est de constater qu'une personne fortement dépendante souffre réellement ; ses angoisses sont souvent très aiguës et, après une période dite de « lune de miel avec le produit » (de quelques années parfois), l'UD ressent les conséquences négatives de sa consommation (problèmes familiaux, professionnels, dettes, errance, incarcération...), alors qu'il ne ressent plus que faiblement les effets bénéfiques recherchés des produits.
Sa venue « en urgence » est alors un cri, un SOS qu'il lance lors de ces moments de détresse et de prise de conscience, même s'il n'exprime pas son problème clairement, mais en langage codé (« j'ai mal aux lombaires, j'ai besoin d'une aide financière... »). L'OD **(overdose)** est parfois, nous l'avons vu, la façon la plus connue des UD de se suicider.

L'état de « manque » est réellement insupportable. L'UD se met alors en quête effrénée soit d'héroïne (d'où une nécessité d'argent), soit d'opiacés (médicaments, antalgiques ou codéïnés) ou de tranquillisants qui masquent le manque pendant quelques heures.
Au-delà de la crainte que nous pouvons ressentir face à un usager de drogue en état de manque, il est important de répondre à sa demande, exprimée ou non. De plus, persuadé que la consommation de produits modifiant la perception du réel n'a rien à voir avec la morale, il faudra sortir du discours « bien-mal » que l'usager a souvent reçu. Partir de la souffrance que la personne nous laisse voir (même sans l'exprimer) permet alors d'éviter d'entrer dans sa vraisemblable paranoïa et lui indique que l'on a entendu sa douleur et que l'on souhaite la soulager.

Avant de pouvoir aborder la question de sa consommation, il faudra construire une relation de confiance, ce qui nécessitera souvent du temps et le don d'une réponse aux demandes immédiates, même partielle.

Accorder une aide financière à une personne alcoolique ou toxicomane pose souvent question au travailleur social : « il va le boire ». Nous observons que l'octroi d'une aide matérielle est cependant une porte qui s'entrouvre chez l'UD, personne marginalisée qui fuit les dispositifs d'aide classique : une fois assurée que vous allez répondre à sa demande (ou une part de sa demande), la personne se décontracte et peut entendre votre proposition d'aide, au-delà de sa demande. Une nouvelle date de rencontre peut lui être donnée, avec pour objectif annoncé : la mise en contact avec un MG, une association où sa souffrance puisse être prise en charge.

Face au manque : persuadé que ne rien proposer à une personne en manque est proche de la non assistance à personne en danger, le travailleur social s'attachera à connaître le/les MG proche(s) de son secteur d'intervention qui puisse(nt) recevoir les éventuels UD souffrants. De même qu'un AS s'informe dès sa nomination du nom et des coordonnées de ses partenaires en matière de protection de l'enfance, de secteur psychiatrique, d'hygiène alimentaire, il est indispensable aujourd'hui de connaître le réseau MG/pharmaciens en matière de polytoxicomanie. Ainsi, il est presque toujours possible, même à 18 heures, de proposer à un UD malade, en manque, d'aller consulter un MG qui pourra au minimum lui prescrire un calmant et peut-être engagera un suivi médical avec lui.

A noter : les centres spécialisés ne peuvent accueillir le jour même un UD et les UD éprouvent plus de difficultés à s'y rendre qu'auprès d'un MG de ville.

Eléments de vigilance

Avant toute orientation, il est primordial d'évaluer la situation sociale de l'usager afin de s'assurer qu'il dispose des papiers élémentaires pour faire valoir ses droits (papiers d'identité et carte de Sécurité sociale). Par ailleurs, les éléments que vous récolterez sur ses conditions de vie, ses ressources, son état de santé, sa situation familiale sont précieux pour une bonne orientation.

Accueil de l'UD à l'officine

L'accueil et la prise en charge de l'UD ont radicalement changé ces dernières années, avec la mise en place des traitements de substitution. En effet, l'UD arrivant dans l'officine ne doit plus être considéré comme un intrus, animal «asocial», dont on craint le pire mais comme un malade qui vient chercher son traitement.
A présent, le pharmacien et l'équipe officinale doivent le prendre en charge sans arrière-pensée. En respectant un certain nombre de consignes, la prise en charge se déroule bien, à la fois pour le client mais aussi pour l'équipe de l'officine.

Le premier contact avec l'UD muni d'une ordonnance de substitution est fondamental. De celui-ci découlera l'instauration d'un dialogue qui permettra la réussite de la prise en charge. Une bonne connaissance de l'interlocuteur, de son passé thérapeutique, de ses habitudes permet de mettre au point les modalités de la délivrance des produits de substitution : délivrance quotidienne ou autre.
La relation avec l'UD doit être empathique, dénuée de toute agressivité verbale ou comportementale ; néanmoins, la plus grande fermeté reste de rigueur car il faut aussi lui faire comprendre que le pharmacien et le médecin forment une équipe soudée qui ne peut s'autoriser le moindre laxisme.

Sur une base saine et sans équivoque, de bons rapports peuvent s'établir entre l'UD et toute l'équipe officinale.

La clé d'une substitution bien conduite dépend de la détermination du binôme médecin/pharmacien, capable d'endiguer tout débordement.

Les produits illicites et leurs effets

Les produits de coupage : les drogues sont coupées à l'aide de différents produits à toutes les étapes de revente, ces produits ont pour objectif d'augmenter la quantité de produit et ainsi générer plus de profits. Les produits de coupage peuvent avoir leurs propres effets néfastes, à titre d'exemple, on trouve parmi ceux-ci : du talc, de la caféine, du plâtre, etc. Certains d'entre eux sont toxiques, d'autres, notamment en cas d'injection, peuvent causer de graves complications.
Les prix : les prix pratiqués varient selon, bien sûr, la quantité mais aussi la qualité. Les prix pratiqués dans la rue sont en constante baisse. Certains produits de substitution ou médicaments sont moins chers dans la rue qu'en officine.

1. Opiacés et morphiniques

On appelle narcotiques ou opiacés les médicaments qui ont une propriété analgésique. La famille des narcotiques regroupe notamment certains médicaments délivrés très strictement sur ordonnance ou dans le contexte hospitalier, comme la morphine, mais aussi des médicaments en vente libre comme les sirops codéinés pour calmer la toux et des drogues de la rue comme l'héroïne et l'opium. Plus la dose prise et la pureté du produit sont importantes, plus les effets sont intenses et longs, mais aussi plus dangereux.

Les effets

Les principaux effets des opiacés concernent le cerveau. En touchant le cerveau, ils insensibilisent à la douleur, inhibent les centres de la toux, créent un état de relaxation et de somnolence, peuvent provoquer un engourdissement de l'esprit et une incapacité à se concentrer. Ils ont une action sédative.

Les risques liés à la prise d'opiacés

Dépression respiratoire, dépression entraînant une inhibition du réflexe de la toux, dépression du myocarde, hypotension artérielle, trouble urinaire (rétention), baisse des sécrétions biliaires (nausée, vomissement), perturbation du cycle menstruel (aménorrhée), troubles sexuels, sclérose des veines (pour les injecteurs uniquement), passage de la barrière placentaire.

OPIUM *(papaver somniferum album) :* latex obtenu par scarification des capsules vertes du pavot.

Effets recherchés : très grande détente, euphorie, somnolence, sommeil, avoir la sensation de flotter ou de ne rien peser.
Risques : dépendance physique et psychique importante.
Présentation et modes d'usage : sa substance peut être visqueuse ou solide. Sa couleur va du brun foncé au noir.
On trouve l'opium sous forme galénique (poudre, extrait, élixir) dont les plus connus sont le Laudanum® et l'Elixir parégorique (teinture d'opium diluée mélangée avec du camphre). L'opium peut être inhalé, injecté (rare) ou ingéré.

MORPHINE
Effets recherchés : c'est avant tout un analgésique majeur (puissant).
Présentation et modes d'usage : elle peut se présenter sous trois formes :
- poudre cristalline,
- petit cachet blanc,
- liquide incolore.

Elle est utilisée principalement par voie intraveineuse mais aussi en l'ingérant ou en suppositoire.

HÉROÏNE : diacétylmorphine : c'est un dérivé semi-synthétique de la morphine.
Effets recherchés : avant tout le flash accentué par la prise par injection IV qui provoque immédiatement une sensation brutale de plaisir mais s'installe après aussi le soulagement de la douleur, l'euphorie, un état de bien-être et ensuite une apathie, la « défonce » et de fortes détentes psychiques et physiques.
Risques : Plus la dose est importante, plus le risque d'une dépression respiratoire est présent. Les risques sont aussi ceux liés à l'injection (hépatites, VIH, tétanos, abcès cutanés ou veineux, septicémie, œdème du poumon, pneumonie, maladies du foie, etc.) et au « sniff ». L'héroïne est cinq fois plus toxique que la morphine, elle entraîne avec une rapidité impressionnante la dépendance, établissant une véritable servitude au produit.
Présentation et modes d'usage : poudre blanche ou brunâtre sniffée, fumée et injectée.
Autres noms : blanche, héro, came, cheval, brune.

2. Les colles et solvants

COLLES ET SOLVANTS : c'est le type de drogues qui traîne dans tous les coins de la maison (garage, sous-sol, placards ou sous l'évier de la cuisine, etc.). On y trouve les colles à maquettes, les dissolvants, la gazoline, le diluant à peinture, les produits nettoyants, le fixatif, les solvants, les aérosols, l'essence à briquet, etc. Cette toxicomanie demeure rare en France.

Effets recherchés : planer, se « défoncer », l'euphorie, la sensation de flotter, la sensation d'être séparé du monde réel, la perte d'inhibition et l'altération de la perception, les hallucinations.

Risques : les effets à court terme peuvent être un stress cardiaque intense, la paranoïa, la confusion, la somnolence, l'incapacité de marcher, la vision double, la faiblesse et la douleur musculaire, les hallucinations. Le foie, les reins, le cœur et les poumons peuvent être gravement endommagés. Les colles et les solvants sont causes de graves intoxications pouvant entraîner la mort ou des lésions cérébrales graves et irréversibles.

Modes d'usage : le produit est mis dans un sac en plastique et inhalé par le nez et la bouche.

3. Les psychostimulants

AMPHÉTAMINES OU « SPEEDS » : auparavant essentiellement utilisées comme traitement de l'obésité, de l'épilepsie. Ces substances purement chimiques sont aujourd'hui largement fabriquées dans les laboratoires clandestins. Plus les doses prises sont importantes, plus les effets sont néfastes.

Effets recherchés : stimulation du système nerveux central, sentiment de confiance en soi, énergie, volubilité, imitation des effets de l'adrénaline, effet « coupe faim ».

Risques : elles donnent lieu à des crises d'angoisses, des palpitations cardiaques, une élévation du rythme respiratoire, une baisse d'appétit, une paranoïa, une agitation extrême, une absence de sommeil, et sont source de passages à l'acte de violence. Une surdose peut causer des convulsions, de la fièvre, une hémorragie cérébrale, un collapsus cardiovasculaire, le coma ou la mort. La prise d'amphétamine comporte le risque de provoquer des phénomènes dépressifs à l'arrêt de la consommation.

Présentation et modes d'usage : elles sont vendues sous forme de cristaux, de gros morceaux ou de poudre brillante dont la couleur varie entre le blanc cassé et le jaune, ou de comprimés. Elles sont avalées, injectées, fumées, ou sniffées.

Autres noms : cristal, ice, glace, speeds, amphèts.

Les trois amphétamines les plus répandues sont les amphétamines, les dextroamphétamines et les méthamphétamines.

ECSTASY : substance psychotrope, molécule synthétisée au début du siècle qui a la structure d'une amphétamine, le MDMA (méthylène dioxy 3, 4 métamphétamine).

Effets recherchés : renforcement des perceptions sensorielles, faire disparaître la sensation de fatigue, désinhibition qui facilitent les contacts avec les autres, sensation « d'amour universel », « paix intérieure » ; associé à la musique et aux lumières intenses, l'ecstasy permet selon certains usagers parfois de faire l'expérience d'un état de transe individuelle ou collective, confiance en soi et énergie multipliées.

Risques :

- **Physiques :** crampes musculaires à l'effort, déshydratation corporelle, accélération artificielle du rythme cardiaque, augmentation de la pression artérielle, risques d'accidents cardiaques.
- **Comportementaux :** crises de panique, « bad trip », diminution de la faculté de discernement accentuée par la prise d'alcool, troubles de la coordination.
- **Psychiques :** sentiment de tristesse avec repliement de soi-même, agressivité, perte d'appétit, difficultés scolaires, troubles du sommeil.

Comme les amphétamines en général, la prise d'ecstasy comporte le risque de provoquer des phénomènes dépressifs à l'arrêt de la consommation, et/ou une maladie psychiatrique majeure (paranoïa, schizophrénie) en cas de prises répétées.

Les comprimés d'ecstasy contiennent toutes sortes de substances (LSD, amphétamines) et parfois des médicaments utilisés dans le traitement des maladies psychiatriques qui peuvent avoir leurs propres effets néfastes.

Présentation et mode d'usage : elle se présente sous forme de comprimé ou de capsule, pris par voie orale mais elle aussi vendue en poudre qui est alors sniffée. Les formes des comprimés sont très variées et dépendent des « fabricants ».

Autres noms : XCT, Adam, Ecsta, Sucettes, Bonbos, Love, Pilule d'amour...

LE MDA (méthylène dioxyamphétamine)

Effets recherchés : les hallucinations, la recherche d'expériences mystiques : être plus près de soi pour certains.

Risques : une seule prise peut provoquer des troubles psychologiques ou psychiatriques durables. Ces troubles apparaissent graduellement en cas d'usage massif ou répété.

Présentation et modes d'usage : il se présente sous forme de poudre variant du blanc au brun pâle ou de liquide doré. Habituellement avalé, il peut aussi être sniffé ou injecté.

COCAÏNE et CRACK : est l'un des alcaloïdes de l'Eythroxylon coca. Ce sont les feuilles de cet arbuste qui sont successivement transformées en pâte ou pasta, en cocaïne base ou free-base (crack), en sel ou chlorhydrate de cocaïne.

Effets recherchés : forte stimulation psychique et physique, sentiment de puissance.

Stimulation ou accélération du système nerveux (les sens de la vue et du toucher sont particulièrement aiguisés), sensation de plaisir intense et de bien-être, vigilance accrue, surpassement de soi physique et psychique (effacement des difficultés), réflexes plus rapides, baisse de l'appétit et du sommeil, à dose élevée l'usager peut ressentir de l'euphorie.

Risques : La descente après une montée extrêmement stimulante peut engendrer un état d'anxiété et de panique, chez certains usagers elle donne lieu à des tremblements, des

vertiges et des spasmes musculaires qui peuvent s'avérer importants. Une dépendance psychologique puissante (reconnue comme étant nettement plus importante chez les injecteurs et les fumeurs) qui pousse à un désir compulsif de reprendre de la drogue risque d'apparaître chez les usagers chroniques. La paranoïa est fréquente, certains usagers peuvent être en proie à des accès de panique ou à des crises d'anxiété intenses, mais aussi des hallucinations, des crises de violence. A l'arrêt de la consommation, l'usager peut s'effondrer, il est exténué et dort pendant de longues heures, au réveil il est déprimé et affamé.

Risques liés à la prise de cocaïne

On parle uniquement de dépendance psychique.

Tachycardie, hypertension artérielle, troubles du rythme cardiaque, insuffisance coronarienne aiguë, convulsion et risque d'arrêt respiratoire, complication psychiatrique, hallucinations, psychose paranoïaque, sensation et vision de parasites sous la peau qui conduisent à se gratter de manière compulsive et pouvant entraîner des lésions graves, accès dépressif.

Les tableaux cliniques présentés par l'usage de crack sont très proches de ceux présentés par l'usage de la cocaïne.

Présentation et modes d'usage : la cocaïne se présente sous forme de poudre blanche cristalline. Elle peut soit se fumer (chasser le dragon), soit se sniffer, soit s'injecter. Elle peut aussi se mélanger avec de l'héroïne. On désigne ce mélange sous le nom de « speedball ».

La cocaïne met 2 à 3 minutes avant d'atteindre le cerveau en sniff, 12 secondes en injection IV, en fumant la base ou le crack, 5 à 8 secondes. Plus les effets sont rapides et concentrés, plus les dégâts sont importants au niveau du système nerveux central.

En France, **le crack** est préparé à partir de la cocaïne en y additionnant du bicarbonate de soude ou de l'ammoniaque.

Le crack peut soit se fumer à l'aide de pipes à eau ou plus couramment avec un doseur, soit s'injecter.

Comme les effets disparaissent rapidement, certains usagers prennent de petites doses répétées, d'autres prennent des doses importantes. Une personne très dépendante peut à tout moment avoir un désir compulsif d'en reprendre et ne plus axer son quotidien que sur la recherche du produit.

La cocaïne est restée pendant longtemps l'apanage de certains milieux (artistes, milieu boursier, médias, etc.) et chez d'autres publics d'un usage généralement occasionnel et festif ; aujourd'hui le marché des drogues est transformé avec l'apparition des produits de substitution et la baisse du prix de l'héroïne, la cocaïne est la drogue des années à venir.

Autres noms :

COCAÏNE : coke, cc, neige, coco

CRACK : cailloux, roche, freebase, galette, plaquette

4. Les psychodysleptiques ou hallucinogènes

Le terme « hallucinogène » englobe toute drogue qui altère la perception de la réalité. Une hallucination est une fausse perception. Il existe des hallucinogènes naturels et de synthèse.

Dans cette classe de drogue, nous trouvons : le LSD (acide lysergique), la mescaline, les graines de certaines variétés de volubilis (apparentées au LSD mais dix fois moins puissantes), les feuilles de datura stramoine (pomme épineuse qui provoque aussi des troubles de la vision), la noix de muscade (avalée et sniffée), la psilocybine (extraite de champignons ou fabriquée en laboratoire), le MDA, le PCP (phencyclidine, rare en France), le STP (diméthoxyméthylamphétamine), la Kétamine .*(pour ce dernier produit, voir FT : Nouveaux produits, p. 95)*

D'autres drogues produisent des hallucinations lorsqu'elles sont consommées à doses élevées mais ne sont pas considérées comme des hallucinogènes : la cocaïne et l'alcool.

La consommation d'hallucinogènes provoque très rapidement une accoutumance : les effets ne sont plus ressentis qu'à doses très élevées, c'est pourquoi elles sont généralement d'un usage qui reste occasionnel. Une surdose peut être mortelle. Mais les principales causes de mortalité liées à ces drogues restent le passage à l'acte de violence ou tout simplement la perte de contrôle menant à l'accident fatal. On parle peu de dépendance physique à propos de ces drogues. Le risque de déclencher des problèmes psychiatriques ou psychologiques graves est très élevé.

Le risque de **bad trip** (panique de la perte de contrôle) est très présent avec les hallucinogènes, les usagers qui sont anxieux face aux effets de la drogue peuvent être en proie à des accès de panique ou de psychose. Généralement, les effets de la drogue passée, ces crises s'estompent mais chez certains elles peuvent être persistantes et bouleverser leur équilibre psychique (développement de phobies, bouffées délirantes, etc.).

Un autre risque est le **« flash back »** qui voit se répéter la remontée d'un mauvais souvenir ou d'une expérience très désagréable et qui peut intervenir à tout moment (des jours, des semaines, des mois après l'expérience sous produit). En général, le « flash back » dure très peu longtemps (de quelques secondes à quelques minutes) mais l'usager a la sensation d'un temps beaucoup plus important.

Enfin, certains usagers ont beaucoup de mal à appréhender certaines révélations ou remises en question, propres aux drogues psychédéliques, et il en découle un profond mal-être qui peut s'avérer durable.

De manière générale, ces drogues ont des effets imprévisibles qui sont majorés par l'environnement et dépendent beaucoup de l'état d'esprit de l'usager (humeur, attentes vis-à-vis du produit, expériences passées) au moment de la consommation et des circonstances.

Un risque majeur est d'acheter une drogue pour une autre (parfois plus puissante), **certains revendeurs** (dealers) vendent du PCP ou du LSD pour de la mescaline, de la psilocybine ou du MDA.

LSD 25 ou acide lysergique est obtenu à partir de l'ergot de seigle.
Effets recherchés : les hallucinations et le délire (comme toute drogue récréative).
Le trip commence par une légère confusion et un sentiment d'anxiété, qui commencent à apparaître au bout d'environ une heure voire plusieurs. L'effet recherché est la période du trip où les idées défilent très vite, le sentiment d'une hyper lucidité, un aiguisement des sens, certains usagers prétendent avoir des révélations mystiques comme la sensation d'être immortel ou encore la sensation d'un vécu de mort et de résurrection. D'importantes modifications sensorielles sont couramment citées : telle la fusion de certaines perceptions sensorielles (les sons ont des couleurs, les objets respirent, etc.), le temps n'existe plus, des crises de fou rire peuvent apparaître. Le « trip » ou « voyage intérieur » peut durer de 5 à 12 heures : l'usager le finit épuisé et a du mal à retrouver le sommeil.
Risques : une seule prise peut provoquer des troubles psychologiques ou psychiatriques durables : dépression nerveuse, insomnie, paranoïa, psychose, phobies, etc., particulièrement chez les sujets qui présentaient déjà un terrain fragile ou des antécédents. Ces troubles apparaissent graduellement en cas d'usage massif ou répété. Un usage chronique peut aussi entraîner des troubles de la mémoire. Le LSD serait responsable d'avortements spontanés et de lésions congénitales.
Présentation et modes d'usage : il se présente sous forme de papier imbibé (buvard), souvent décoré d'un dessin (Bouddha, Om, Vassarelli), ou de micropointes bleues ou grises (qui ressemblent à une mine de crayon) ou encore de pilules « pills ». Les dosages sont très aléatoires : un usager peut consommer sous la même apparence une dose de 25 ou de 400 microgrammes. Le LSD n'a pas d'odeur et de goût. Il est soit avalé, ou plus rarement injecté ou sniffé.
Autres noms : acide, trip, buvard, micropointe

LA PSILOCYBINE (champignons)
Effets recherchés : les hallucinations, le délire et l'euphorie, sensation de détente, recherche d'expériences mystiques pour certains.
Le « trip » peut durer plusieurs heures émaillé de nombreuses crises de fous rires. L'usager le finit épuisé et a du mal à retrouver le sommeil.
Risques : une seule prise peut provoquer des troubles psychologiques ou psychiatriques.
Présentation et modes d'usage : elle se présente généralement sous forme de champignons séchés ou réduits en poudre et/ou mis en capsules. La psilocybine purifiée forme des cristaux blancs. Généralement avalée, elle peut aussi être injectée (très rare).
Autres noms : champignons, champignons « magiques ».

LA MESCALINE : extraite des boutons d'un cactus appelé PEYOLT.
Effets recherchés : les hallucinations, le délire, la sensation de séparation de son propre corps et la recherche d'expériences mystiques pour certains.
Risques : une seule prise peut provoquer des troubles psychologiques ou psychiatriques en cas d'usage massif ou répété.
Présentation et modes d'usage : elle se présente sous forme de capsules (boutons séchés puis moulus et mis en capsules). La mescaline est généralement avalée, elle peut aussi être fumée, ou injectée.

5. Le Cannabis ou Chanvre indien : groupe des enivrants, euphorisants

Le principal produit actif est le tétrahydrocannabinol (THC), substance renfermée dans les plants femelles.
Produit aux propriétés actives à l'emploi ancestral dans le traitement des céphalées et des nausées.
Effets recherchés : détente, désinhibition, modification des perceptions sensorielles et de l'humeur, euphorie, sensation de faim dévorante.
Risques : effets cliniques variables selon la personnalité de l'utilisateur et de la concentration des produits.
Peu de dépendance physique, peu à pas de dépendance psychique, hyperémie conjonctivale.
Présentation et modes d'usage : l'herbe, la Marie-Jeanne, le kif, la marijuana : c'est le mélange le moins riche en principes actifs (4 à 10 %). C'est un composé de feuilles, de graines et de portions de tige.

- Le haschich, le shit ou résine : c'est la poudre du mélange précédent qui a été tamisée et agglomérée, le rendant plus riche en principe actif (10 à 40 %).
- L'huile : on peut l'extraire de la résine au moyen de solvant, pour préparer un liquide huileux très concentré (30 à 80 %) de principe actif de la résine.
- L'herbe : couleur allant du vert pâle au vert foncé.
- Le haschich, shit, chichon : couleur vert brun pâle à brun foncé. Se vend au détail en barrette de 3 à 4 grammes, de qualité différente suivant le pays d'origine, marocain, libanais rouge ou noir, afghan.
- Huile : couleur jaune orangé au marron foncé ou noir.

Chacune de ces préparations peut être fumée, ingérée ou bue en décoction.

Mémo : évaluation de la dépendance

Les principaux critères d'évaluation

- Doses, voie d'administration.
- Fréquence des prises.
- Durée des effets.
- Montant des dépenses liées à l'achat de drogues.
- Importance de la drogue dans la vie sociale de l'usager
- Nombre et durée des périodes d'abstinence.
- Degré d'implication dans le milieu des drogues.
- Facilités d'approvisionnement.
- Altération du comportement social.
- Degré de dépendance psychique.
- Usages associés (médicaments, autres produits illicites, alcool, tabac).

Les nouveaux produits

D'après le Centre d'Étude et d'Information sur les pharmacodépendances
Région Ile-de-France – Centre Hopital Fernand Widal

L'ecstasy

L'ecstasy est connue depuis le début du siècle. Prévue pour être utilisée comme anorexigène, elle n'a jamais été commercialisée dans cette indication. Elle a été utilisée pour ses propriétés psychostimulantes depuis les années 1980, d'abord à visée thérapeutique puis de façon illicite. Son usage a été présenté comme anodin jusqu'à la fin des années 1980. Lors de sa vente, illicite, l'ecstasy se présente le plus souvent sous forme de comprimés contenant 50 à 150 mg de MDMA.

Une consommation en hausse : l'ecstasy est un dérivé des amphétamines consommé pour ses propriétés psychostimulantes. Sa consommation suit un mouvement de mode venu des pays anglo-saxons. Elle est en constante progression depuis 1987 comme en témoigne indirectement l'augmentation du nombre d'appels parvenant au Centre Anti-Poisons de Paris pour des effets indésirables consécutifs à la prise d'ecstasy. Ces appels concernaient une population d'adultes jeunes, 78% d'entre eux ayant moins de 26 ans. Pour 39% des appels, la consommation d'ecstasy était associée à la consommation d'autres toxiques : stupéfiants, alcool et benzodiazépines.
Des effets secondaires mineurs, d'autres graves : les effets secondaires mineurs sont attendus et le plus souvent tolérés par les consommateurs. Les secondaires graves peuvent conduire au décès en l'absence même d'une « overdose ». Des décès ont été rapportés pour des prises uniques d'ecstasy à des doses inférieures à 150 mg.
De multiples atteintes : les effets secondaires graves affectent préférentiellement le système nerveux central, le système cardio-vasculaire et le métabolisme. Les troubles du rythme cardiaque sont la principale cause de décès. Certains patients sont décédés en quelques heures en hyperthermie maligne. Les circonstances dans lesquelles sont consommées l'ecstasy – les soirées « rave » – participent à la genèse de ces troubles. Etat de mal convulsif, collapsus, coagulopathie et insuffisance rénale aiguë et hépatite fulminante sont aussi des accidents constatés.
Pas d'antidote : la prise en charge des manifestations aiguës secondaires à la consommation d'ecstasy n'est pas codifiée. Le traitement est avant tout symptomatique.

Le Gamma-OH

Le Gamma-OH est un **narcotique** pur dont la seule indication actuelle est en anesthésie générale. Son utilisation est, par conséquent, strictement hospitalière bien que le produit soit disponible sur liste 1 en pharmacie. D'autres applications thérapeutiques telles que le sevrage alcoolique (Gallimberti, 1989) ont été proposées mais n'ont pas encore été validées.
Cette substance est par ailleurs retrouvée en concentration élevée dans le cerveau.
Elle est considérée davantage comme un neurotransmetteur.
Le Gamma-OH possède une action sur le système opioïde endogène (les endorphines sécrétées par tout organisme) en potentialisant les effets des analgésiques opioïdes.
Avec une dangerosité par une action synergique avec l'alcool et les benzodiazépines dans la dépression respiratoire et celle du système nerveux central.
C'est durant l'été 98 que le Gamma-OH apparaît publiquement en France avec la saisie de 4 kilos dans un laboratoire clandestin.
Surnommée « drogue du cambriolage sexuel », cette drogue est administrée à l'insu des victimes pour ses effets euphorisant et amnésiant.

La kétamine

La kétamine est un produit d'anesthésie générale non barbiturique. Il induit une anesthésie dite dissociative se traduisant cliniquement beaucoup plus par une déconnexion du patient du réel que par un sommeil profond.
L'un de ses principaux avantages est la brièveté du délai d'action (moins d'une minute en IV) et de la durée d'action (demi-vie de 3 heures).
La kétamine est commercialisée en France sous 2 spécialités réservées à l'usage hospitalier et inscrites en liste 1: KETALAR® et Kétamine PANPHARMA® représente surtout le seul anesthésique en médecine vétérinaire à la campagne.
La kétamine base est un puissant psychodysleptique utilisé par les toxicomanes aux USA.
En France, cet abus se retrouve dans le personnel soignant, mais ces dernières années il se retrouve dans les soirées « rave » traduisant son arrivée dans la rue.

Couverture sociale régime général

L'objectif de la Sécurité sociale est de protéger **toute la population** contre les risques financiers liés à la maladie et à la maternité.

- **Si votre patient possède une carte d'assuré social actualisée :** il est assuré social.
- **S'il ne possède pas de carte :** lui conseiller de se renseigner auprès du centre de Sécurité sociale où lui seront précisées :
  - les pièces à fournir pour obtenir le renouvellement de la carte,
  - les démarches à entreprendre pour avoir une couverture sociale par l'assurance personnelle.

Toutefois, s'il se déclare dans l'une des situations suivantes, il est assuré social :

1. Salarié.

2. Au chômage mais percevant des indemnités par les ASSEDIC.

3. Ayant-droit d'un assuré social, c'est-à-dire :
- conjoint,
- enfants de moins de 16 ans,
- enfants de 16 à 20 ans qui poursuivent des études,
- membres de la famille se consacrant à l'éducation de 2 enfants de moins de 14 ans,
- toute personne qui vit au foyer depuis au moins 12 mois et est à la charge totale, effective et permanente d'un assuré.

4. Pensionné ou titulaire d'une allocation :
- pension invalidité Sécurité sociale
- avantage vieillesse servi par la Sécurité sociale (CNAVTS)
- Allocation Adulte Handicapé (AAH)
- Allocation Parent Isolé (API)
- allocation de Revenu Minimum d'Insertion (RMI)

5. Si votre patient ne relève d'aucun des régimes obligatoires déjà cités, l'informer qu'il peut demander une assurance personnelle. Les cotisations sont prises en charge par l'aide sociale s'il est sans ressources.
La protection sociale à laquelle les personnes peuvent prétendre se **maintient pendant les 12 mois suivant** le changement de situation et même au-delà sous certaines conditions (se renseigner auprès du centre de paiement).
Le Service social spécialisé des CRAM intervient dans le domaine de l'accès aux soins et du droit à la santé en réalisant un accompagnement personnalisé.

Protection sanitaire et sociale

Quelle que soit leur situation, tous les malades ont accès aux soins et peuvent bénéficier de ressources sous certaines conditions.

Situations	Prise en charge des soins	Ressources
Salariés	Pendant 1 an, sur présentation de justificatifs d'heures de travail Remplir les conditions d'ouverture de droits	Salaires
Chômeurs indemnisés	Sur présentation : - certificat de travail du dernier employeur - 3 derniers bulletins de salaire - notification d'indemnisation	Versement des allocations chômage
Chômeurs non indemnisés	Sur présentation de la fin d'indemnisation par les ASSEDIC et d'une attestation sur l'honneur de la recherche effective d'un emploi	
Père ou mère en situation d'isolation.	Dès versement de l'API	Versement de l'API par la CAF
Bénéficiaires du RMI	Sur présentation de la notification de l'attribution du RMI par la CAF Fin de la PC dès l'interruption du versement	Versement de l'allocation du RMI
Pensionnés de retraite.	Sur présentation du titre de retraite personnelle ou de reversion	Versement de la pension
Réfugiés de l'OFPRA	Sur présentation du récépissé de demande de statut de réfugié, délivré par l'OFPRA	Allocation d'insertion versée par les ASSEDIC
Demandeurs déboutés du droit d'asile	Sur présentation du récépissé de demande de statut de réfugié, délivré par l'OFPRA	Allocation d'attente
Invalides CPAM	A 100 % sauf les vignettes bleues sur présentation de la notification de l'attribution de pension	Versement d'une pension invalidité de 1re, 2e ou 3e catégorie
Assurance personnelle	Dès paiement des cotisations trimestrielles par les assurés, le BAS ou la CAF	Pas de ressources autres que celles énoncées précédemment, hormis revenus personnels ou prestations d'aide sociale
Bénéficiaires de l'allocation d'adulte handicapé (AAH)	Sur présentationde la notification d'attribution de l'AAH établie par la COTOREP	Versement de l'AAH par la CAF

Documents nécessaires en vue d'une hospitalisation

Pour l'admission à l'hôpital, votre patient, s'il est assuré social, doit se munir des documents suivants :

- carte d'identité ou titre de séjour,
- carte d'assuré social ou, à défaut, des pièces répertoriées dans le tableau suivant,
- un justificatif de domicile (facture EDF, quittance de loyer...),
- carte d'adhérent à une mutuelle,
- carte de santé pour les bénéficiaires de l'aide médicale.

Salarié
Dernier bulletin de salaire (minimum de 120 heures de travail au cours du dernier trimestre)

Demandeur d'emploi

- Pour les chômeurs indemnisés : inscription à l'ANPE + attestation de paiement des ASSEDIC
- Pour les non-indemnisés :
  - dernier bulletin de salaire,
  - document des ASSEDIC « épuisement des droits »,
  - déclaration sur l'honneur « toujours à la recherche d'un emploi ».

RMIste
Notification de la CAF + dernier décompte de la CAF

Assuré volontaire
Récépissé du dernier versement des cotisations du trimestre

Assuré personnel
Récépissé du versement des cotisations du trimestre en cours

Lycéen de + de 16 ans
Carte de SS de la personne assurant + certificat de scolarité

Etudiant
Carte d'immatriculation + attestation d'inscription

Travailleur non salarié
Carte d'affiliation + attestation de paiement des cotisations

En congé de maladie
Bordereau de paiement des indemnités journalières
+ Dernière prescription de repos

En accident de travail
Déclaration d'accident de travail+ justificatif des droits à la SS

Pensionné (invalidité)/Retraité
Titre d'invalidité ou de retraite
Dernier talon de mandat de son titre de pension
Coordonnées de sa caisse d'affiliation

Bénéficiaire de L'AAH
Attestation de versement de l'allocation versée par la CAF

Bénéficiaire de l'API
Attestation de versement de l'allocation parent isolé en cours

Nationalité étrangère
Carte de séjour ou passeport

- travaillant en France : documents identiques à ceux demandés au malade de nationalité française ;
- ne travaillant pas en France :
  - ressortissant CEE : attestation de prise en charge,
  - hors CEE : prise en charge délivrée par ambassade.

Si votre patient n'est pas assuré,
(FT : Aides Médicales, p. 99)

Aides médicales

Sous certaines conditions de ressources et de résidence, toute personne peut bénéficier de l'aide médicale et recevoir les soins dont elle a besoin, à l'hôpital ou à son domicile.

L'aide médicale intervient :

- en faveur des personnes qui ne sont pas assurées sociales pour la prise en charge :
  - de tout ou partie des frais,
  - des cotisations d'assurance personnelle.
- en complément de la sécurité sociale pour prendre en charge :
  - le ticket modérateur,
  - le forfait journalier.

L'aide médicale totale

Bénéficiaires :

- RMIstes,
- moins de 25 ans réunissant les conditions d'admission au RMI,
- titulaires de l'allocation veuvage,
- toute personne selon ses ressources.

Prise en charge :

- prestations en nature de l'assurance maladie maternité,
- frais d'hospitalisation,
- ticket modérateur,
- forfait hospitalier,
- cotisation de l'assurance personnelle si la personne n'est pas rattachée au Régime général de la Sécurité sociale.

Procédure :

- les feuilles de demande de l'aide médicale doivent être retirées au guichet du CCAS de la mairie dont dépend le demandeur,
- documents à joindre :
  - carte d'identité,
  - carte d'assuré social,
  - ou
  - tout document relatif à des soins médicaux sur lequel peut figurer le dernier numéro de sécurité sociale,
  - justificatifs de ressources (Bulletins de salaire, allocations, pensions...),
  - justificatif de domicile (Quittance de loyer, factures EDF, téléphone...).

L'aide médicale partielle

Selon chaque règlement départemental d'Aide sociale qui fixe le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire en fonction des ressources.

L'aide médicale a domicile

Bénéficiaires :

- toute personne ayant besoin de soins et ne disposant pas de ressources suffisantes,
- étant de nationalité française,
  ou
- résidant en France depuis au moins 3 ans (sauf accord passé entre le pays d'origine et la France),
- ayant un domicile.

Pour les étrangers en situation irrégulière, l'article 186 du code de la famille et de l'aide sociale précise que l'aide médicale est accessible en droit quelle que soit la situation administrative de la personne (alinéa 1,2,3). Certaines dispositions sont réservées aux personnes en situation administrative régulière (alinéas 4 et 5)

(FT : Aide médicale des étrangers, p. 110)

Prise en charge :

- honoraires médicaux,
- soins effectués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné...).
- examens de laboratoire,
- soins de rééducation fonctionnelle,
- transports sanitaires,
- produits pharmaceutiques,
- prothèses et appareils orthopédiques.

Le patient ne fait pas l'avance des frais.

Procédure :

- une commission d'admission apprécie l'insuffisance des ressources du demandeur et des débiteurs alimentaires (ascendants, descendants),
- Faire la demande d'obtention de la carte d'aide sociale,
- Les médecins soignants doivent avoir l'agrément par l'aide sociale.

L'aide médicale hospitaliere

Il est très important de préparer l'hospitalisation du patient afin d'éviter les saisies sur salaires des huissiers à la suite de l'hospitalisation.

Bénéficiaires :

- toute personne ayant besoin de soins,
- ne disposant pas de ressources suffisantes,
- quelque soit sa nationalité, son lieu de résidence, sa situation administrative (régulière ou irrégulière).

Prise en charge :

- frais d'hospitalisation,
- si la personne n'est pas assurée sociale : totalité des frais,
- si la personne est assurée : ticket modérateur et forfait journalier.

Procédure :

- la demande doit être faite lors de l'admission à l'hôpital ou dans les quelques jours qui suivent. Aucune demande de prise en charge rétroactive ne sera prise en compte (sauf exception).
- la demande doit être faite auprès du service des frais de séjours ou de l'assistante sociale hospitalière.

Assurance maternité

Quels sont les bénéficiaires ?

- l'assurée sociale,
- l'ayant droit (conjointe, concubine, autre personne à charge, enfant).

Quelles sont les formalités que votre patiente doit accomplir pour bénéficier des prestations ?

La déclaration de la grossesse doit être faite auprès de CPAM dans les 14 premières semaines, et au plus tard 4 mois avant la date présumée de l'accouchement.

De quelles prestations peut bénéficier la future mère ?

Prestations en nature :

- les examens obligatoires :
  - 7 examens prénatals,
  - examen postnatal.
- les examens non obligatoires, mais pris en charge à 100 % :
  Pour la future mère :
  - dosage de la glycémie,
  - dépistage VIH,
  - amniocentèse et caryotype fœtal,
  - préparation à l'accouchement,
  - rééducation abdominale après l'accouchement.

  Pour le futur père :
  - examen de santé,
  - analyse et examens complémentaires adaptés, dont dépistage du VIH.

  Pour l'enfant :
  - examens de surveillance jusqu'à 6 ans,
  - les examens obligatoires, ainsi que tous les soins dispensés à partir du 4e mois précédant la date présumée de l'accouchement, sont exonérés du ticket modérateur à l'exception des médicaments à vignette bleue.

Prestations en espèces

- pour l'assurée sociale uniquement à l'occasion du congé maternité.

L'accouchement n'a pas lieu à la date prévue

- avant la date prévue : la période de repos prénatal non indemnisé est en général,
- reporté à l'expiration du repos postnatal,
- après la date prévue : les indemnités journalières dues au titre du repos prénatal continuent à être versées jusqu'à la date réelle de l'accouchement sans que la durée du repos postnatal ne soit diminuée.

En cas de grossesse pathologique : sur justification médicale, la future mère peut bénéficier de 15 jours de repos prénatal supplémentaire.

Arrêt de maladie

L'apparition des différents symptômes peut entraîner l'absence du patient à son poste de travail. Celle-ci doit faire l'objet d'un arrêt maladie signalé à l'employeur sous 48 heures. Une absence injustifiée peut avoir des conséquences graves : rupture du versement des indemnités journalières, licenciement... Il faut vérifier que le patient a la capacité d'envoyer ses arrêts maladie comme l'exige la règlementation.

Arrêt de longue maladie : en cas d'absence excédant 21 jours, une visite médicale doit avoir lieu lors de la reprise du travail. Le refus de s'y soumettre peut constituer une cause de licenciement.

(FT : Longue maladie - ALD 30, p. 103)

Les prestations en espèces, les indemnités journalières

L'indemnité journalière : salaire de substitution ne compensant que partiellement la perte de salaire de l'assuré en arrêt de maladie.

Délai de carence : le droit n'est ouvert qu'au quatrième jour de l'arrêt de travail.

Montant de l'indemnité journalière : la moitié du gain journalier de l'assuré dans la limite de 50 % du salaire plafonné. Cette indemnité journalière est majorée à compter du 31e jour d'arrêt de travail si l'assuré a au moins trois enfants à charge. Elle passe alors aux 2/3 du gain journalier.

Longue maladie ALD 30

Affections de longue durée exonérantes

Votre patient doit être informé que le Code de la Sécurité sociale prévoit que **la participation financière de l'assuré (ticket modérateur) peut être supprimée :**

1. lorsque le bénéficiaire est atteint **d'une des affections inscrites sur une liste** établie par décret après avis du Haut Comité Médical comportant : un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (Décret du 31 décembre 1986).

Les 30 affections inscrites sur la liste sont les suivantes :

- accident vasculaire cérébral invalidant,
- aplasie médullaire,
- artériopathie chronique et évolutive (y compris coronarienne) avec manifestations cliniques ischémiques
- bilharziose compliquée,
- cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave,
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le « virus de l'immunodéficience humaine »,
- diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant pas être équilibré par le seul régime,
- forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie),
- hémoglobinopathie homozygote,
- hémophilie,
- hypertension artérielle sévère,
- infarctus du myocarde datant de moins de six mois,
- insuffisance respiratoire chronique grave,
- lèpre,
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses,
- maladie de Parkinson,
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé,
- mucoviscidose,
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif,
- paraplégie,
- périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive,
- polyarthrite rhumatoïde évolutive grave,
- psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale,
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives,
- sclérose en plaques invalidante,
- scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne,
- spondylarthrite ankylosante grave,
- suites de transplantation d'organe,
- tuberculose active,
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

2. lorsque le bénéficiaire est atteint d'une **« forme évolutive ou invalidante d'une affection grave caractérisée »** ne figurant pas sur la liste des 30 affections pour des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (arrêté du 7 septembre 1988).

3. lorsque le bénéficiaire est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant **un état pathologique invalidant** pour lequel des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois sont nécessaires (arrêté du 7 septembre 1988).

La reconnaissance de ces affections intervient **à la demande de l'assuré.**

Un examen conjoint doit ensuite être effectué par le médecin conseil et le médecin traitant en vue de déterminer le traitement que le patient doit suivre. L'élaboration de ce protocole inter-régimes examen spécial (PIRES) donne lieu à un versement par la caisse d'un honoraire.

Les voies de recours

Pour un refus d'ordre médical :

Si le désaccord porte sur le diagnostic et/ou sur le projet thérapeutique concernant l'affection, l'assuré ou le médecin-conseil peut demander **une expertise médicale** (expertise L 141.1 du Code de la Sécurité sociale). L'avis de l'expert s'imposera alors à l'assuré comme à la caisse primaire. Un recours est cependant possible auprès du Tribunal des affaires de la Sécurité sociale (TASS).

Pour un refus d'ordre administratif :

L'assuré peut alors saisir la Commission de recours amiable puis le Tribunal des affaires de la Sécurité sociale, les litiges d'ordre administratif relevant de la compétence du contentieux général (Art L 142.1 du Code de la Sécurité sociale).

Assurance invalidité

Qui peut en bénéficier ?

L'attribution d'une pension d'invalidité peut être proposée à l'assuré social lorsque sa capacité de travail est réduite d'au moins 2/3 par suite d'une maladie ou d'un accident non professionnel.

À quelles conditions ?

Conditions administratives :

- âge : moins de 60 ans,
- justifier avoir été immatriculé à la Sécurite sociale (Voir avec l'assistante sociale de SS condition d'ouverture des droits à l'invalidité).

Conditions médicales :

- reconnaissance par le médecin-conseil d'une incapacité de travail au moins de 2/3. L'état d'invalidité est apprécié en fonction de la capacité de travail restante, compte tenu de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales, des aptitudes et de la formation professionnelle de l'interessé.

Cet état d'invalidité est apprécié soit :

- **après consolidation** d'une blessure non imputable à un accident de travail,
- **à expiration** de la période de versement des prestations en espèces de l'assurance maladie,
- **après stabilisation** de l'état de l'assuré,

au moment de la constatation médicale de l'invalidité résultant d'une usure prématurée de l'organisme.

Comment ?

L'admission en invalidité peut être décidée à l'initiative du médecin-conseil sur la présentation d' un certificat médical rédigé par le médecin traitant dans les cas :

- de stabilisation,
- de consolidation d'une blessure non imputable à un accident de travail,
- d'usure prématurée de l'organisme.

Quelles prestations ?

La pension

Elle est accordée au patient pour compenser la perte de salaire due à la réduction de sa capacité de travail et lui permet d'assurer les soins nécessités par son état.

Elle est versée, à l'assuré, à titre temporaire. Elle est calculée sur la base du salaire annuel moyen soumis à cotisations et plafonné des dix meilleures années de salaire.

Montant et catégorie

- **catégorie 1** (invalide capable d'exercer une activité rémunérée) : pension égale à 30 % du salaire annuel moyen de base,
- **catégorie 2** (invalide absolument incapable d'exercer une profession) : pension égale à 50 % du salaire annuel moyen de base,
- **catégorie 3** (invalide absolument incapable d'exercer une profession avec obligation d'avoir recours à l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie courante) : pension égale à 50 % du salaire annuel moyen et qui sera augmenté d'une majoration pour tierce personne.

les modifications

Le service de la pension est susceptible d'être révisé en fonction des variations de la situation de l'invalide.

Changement de catégorie :

- déclassement en cas d'amélioration de l'état de santé,
- surclassement en cas de détérioration de l'état de santé.

Suspension totale ou partielle :

- en cas de reprise de travail,
- en cas de cumul avec d'autres avantages (rente accident de travail, pension militaire, etc.),
- en cas d'impossibilité de contrôle médical.

Contestations

Le recours doit être présenté dans un delai de deux mois à compter du jour où la caisse a fait connaître sa decision.

À savoir :

Il/elle peut travailler à condition que :

- La reprise du travail de moins de 6 mois n'entraîne pas de suspension ou de réduction de la pension d'invalidité.
- Au-delà de 6 mois, c'est la règle du cumul qui intervient.

Le montant total de la pension d'invalidité en plus d'autres ressources (salaires, indemnités des assedic et autres) ne doit pas être supérieur au salaire de comparaison (salaire moyen des 12 mois d'arrêt précédents).

Si votre patient a plus de 60 ans et ne peut pas travailler :

Son invalidité est remplacée par la pension vieillesse au titre de l'inaptitude au travail (s'adresser à la CRAM).

Si votre patient a plus de 60 ans et une activité professionnelle :

Il peut s'opposer à la transformation de pension d'invalidité en pension vieillesse.

La COTOREP et l'allocation adulte handicapé

I. LA COTOREP

La Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel est la commission compétente pour reconnaître le « travailleur handicapé », définir son taux d'invalidité et qui peut le faire bénéficier de diverses prestations.

1. Comment y accéder?

Les dossiers sont à retirer à la COTOREP, ou l'ANPE, la CAF ou au Bureau d'aide sociale. Deux sections examinent et instruisent les dossiers, l'une statue sur l'aptitude au travail du patient et son orientation, l'autre décide de l'attribution des différentes aides.

Les dossiers sont instruits par différents professionnels (médecin, assistante sociale, un médecin du travail et un représentant du monde du travail). Le demandeur est reçu au moins une fois par la commission (composée de représentants de la DTTEFP, de la DASS, de la Sécurité sociale, d'associations, de l'ANPE). La décision est notifiée par courrier et elle est soumise à renouvellement. Dans le cas d'une réponse favorable, la COTOREP informe les différents organismes concernés : la CAF, le Bureau d'aide sociale, etc.

2. Les recours

- En cas de réponse défavorable, des recours sont possibles dans un délais de 2 mois à réception de l'avis de la COTOREP et par courrier recommandé AR :
  - recours auprès de la COTOREP,
  - auprès du Tribunal du contentieux de l'incapacité.
- En cas d'un deuxième avis défavorable, dans un délai d'un mois, le patient peut alors demander à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) d'instruire un dossier d'appel auprès de la Cour nationale de l'incapacité.

3. Les compétences

Insertion professionnelle

- **Les entreprises** sont soumises à l'obligation d'employer des travailleurs handicapés. Une **« garantie de ressources »** est attribuée au travailleur handicapé si son salaire subit un abattement.
- **Les ateliers protégés et les centres de distribution de travail à domicile** qui permettent aux travailleurs handicapés de travailler dans un environnement adapté à leur handicap. Le salaire versé par l'employeur est complété au titre de la « garantie de ressources » afin que le salarié bénéficie d'un salaire au moins égal à 90% du SMIC.
- **La fonction publique dispose d'emplois réservés** aux handicapés et organise un examen annuel pour pourvoir ces postes.
- **Les centres d'aide par le travail :** ces établissements médico-sociaux offrent aux personnes handicapées une activité productive et un accompagnement social, éducatif, médical et psychologique.

Formation professionnelle

- **La rééducation professionnelle** permet à la personne handicapée de se préparer à un métier dans des centres spécialisés et agréés par la Sécurité sociale.
- **Le contrat de rééducation chez un employeur** vise l'enseignement d'un métier ou la rééducation à un métier déjà exercé. Il fait l'objet d'un contrat de travail.
- **L'apprentissage :** destiné à des jeunes de 16 à 26 ans, c'est une formation diplômante (CAP) théorique et pratique, exercée dans le cadre d'un contrat de travail et rémunéré par l'employeur.

Allocations

- **L'allocation aux adultes handicapés :** (voir II ci-dessous).
- **L'allocation compensatrice :** toute personne handicapée dont le taux d'incapacité dépasse 80% peut bénéficier de cette allocation, et qui nécessite l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne, ou qui a une activité professionnelle qui lui impose des frais supplémentaires. Cette allocation est soumise à condition de ressources, d'âge et de résidence.
- **L'allocation logement :** en fonction des ressources et du montant du loyer, cette aide supplémentaire liée aux dépenses est attribuée aux personnes qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation aux adultes handicapés.

Avantages

- **La carte d'invalidité** permet aux personnes handicapées dont le taux d'incapacité dépasse 80% de bénéficier de certains avantages fiscaux et de transport.
- **L'affiliation à l'assurance vieillesse** destinée aux personnes qui ont la charge de personnes handicapées dont le taux d'incapacité dépasse 80% et dont la COTOREP juge le maintien à domicile nécessaire. L'affiliation est soumise à un plafond de ressources.

Hébergement

- **Les foyers occupationnels :** destinés aux personnes handicapées ne disposant pas d'un emploi*.
- **Les foyers d'hébergement :** destiné aux travailleurs handicapés*.
- **Les maisons d'accueil spécialisées** pour les personnes totalement dépendantes qui nécessitent des soins et une surveillance médicale constante.

*Les personnes paient leur hébergement en fonction de leurs ressources.

II. ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ (AAH) :

Elle est attribuée aux personnes ne disposant que de revenus modestes et reconnues handicapées par la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel).
La décision d'attribution et le montant de l'allocation sont examinés par la CAF (Caisse d'Allocations Familiales), qui est chargée de son versement.

Conditions techniques/médicales d'attribution

- Soit être reconnu à un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %.
- Soit être reconnu en incapacité permanente comprise entre 50 % et 80 % et être dans l'impossibilité de se procurer un emploi, compte tenu de son handicap.

Conditions administratives d'attribution

- Être français ou ressortissant d'un pays signataire d'une convention internationale de réciprocité en la matière, ou avoir obtenu le statut de réfugié.
- Résider sur le territoire français (y compris d'outre-mer).
- Être âgé de plus de 20 ans.
- Ne pas bénéficier d'allocation vieillesse, d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail, d'un montant supérieur à l'AAH.

Si votre patient bénéficie d'une allocation invalidité inférieure à ce montant, il peut néanmoins toucher l'AAH qui sera réduit dudit montant.

- Percevoir des ressources ne dépassant pas l'Allocation vieillesse de travailleurs salariés :
  - ce plafond est double si la personne est mariée et non séparée (ou si elle vit maritalement),
  - il est majoré de 50 % par enfant à charge.

Taux réduit

Si votre patient est dans une des situations suivantes, le montant de l'AAH peut être réduit :

- **Hospitalisation de plus de 60 jours dans un établissement de soins :**
  - Il ne touchera que 17 % de son AAH (en plus du forfait journalier qu' il devra reverser à l'hôpital). S'il s'agit d'un enfant ou d'un ascendant à charge, il n'y aura aucune réduction.
- **Séjour de plus de 45 jours dans une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) :**
  - Il touchera une allocation au moins égale à 12 % du montant maximum de l'AAH (en plus du forfait hospitalier qu'il devra reverser à la MAS).
  - S'il a au moins un enfant ou un ascendant à charge, ou si son conjoint ne travaille pas pour un motif valable reconnu par la COTOREP, il peut ne pas être déduit.
- **Incarcération de plus de 45 jours :**
  - Il peut conserver une allocation au moins égale à 12 % du montant maximum de AAH.
  - S'il a au moins un enfant ou un ascendant à charge, ou si son conjoint ne travaille pas pour un motif valable reconnu par la COTOREP, il peut ne pas être déduit.

Le revenu minimum d'insertion (RMI)

Créé par une loi du 1er décembre 1988, il est géré et versé par les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) pour le compte de l'Etat.

La finalité du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) est double

1. Apporter aux personnes en situation de précarité un **revenu minimum** dont le taux est modulable en fonction de la composition du foyer et des autres ressources.
2. Lutter contre l'exclusion sociale en subordonnant le versement de cette allocation à la mise en œuvre d'un **contrat d'insertion** pour le bénéficiaire, en relation avec les dispositifs mis en place (Commissions Départementales ou Locales d' Insertion). Le programme départemental d'insertion est très varié d'un département à un autre. Il faut vérifier auprès de la préfecture et, si nécessaire, demander un exemplaire de celui-ci, pour obtenir les informations nécessaires sur les dispositifs d'insertion dans votre département.

Attention : Les contrats d'insertion ne sont pas systématiquement proposés aux RMIstes. Il est important de les informer sur l'existence de ce dispositif qui peut offrir des aides supplémentaires (prise en charge des factures EDF-GDF une fois par an, accès à des formations spécifiques ou aides spécifiques pour les créations d'emploi, etc.).

Qui peut en bénéficier ?

- les personnes âgées de plus de 25 ans,
- les personnes âgées de moins de 25 ans ayant au moins un enfant né ou à naître,
- les Français résidant en France, ou étrangers titulaires d'un titre de séjour de plus de 3 mois.

Sont exclus du bénéfice du RMI :

- les élèves, étudiants, stagiaires,
- les salariés en congé sans solde ou sabbatique,
- les jeunes de 17 à 25 ans en raison de leur âge.

Où déposer une demande ?

Auprès :

- d'un centre communal ou intercommunal d'Aide Sociale.
- d'un service départemental d'Action sociale,
- d'associations ou organismes à but non lucratif agréés notamment pour les personnes sans résidence stable.

Quelle protection sociale pour les bénéficiaires ?

Hormis le versement d'une allocation complète ou différentielle de ressources, les titulaires du RMI bénéficient :
1. A défaut de couverture sociale par un régime obligatoire de Sécurité sociale, de **l'affiliation automatique** au régime de l'Assurance personnelle pour eux-mêmes et leurs ayants droit, le montant de la cotisation étant à la charge du Département, de l'Etat ou d'une Caisse d'Allocations Familiales selon le cas.

Attention : bien que la loi prévoie l'automatisme pour l'affiliation au régime d'assurance personnelle, en pratique nombre de RMIstes ne la possède pas pour des raisons de manque de coordination des divers services, ou tout simplement d'oubli de la part de l'assistante sociale de remplir le dossier de demande d'assurance personnelle au moment de l'instruction du dossier.

Conduite à tenir : il faut vérifier que votre patient possède une carte de Sécurité sociale actualisée. Dans le cas contraire, n'hésitez pas à le diriger vers l'assistante sociale de la SS avec un courrier de votre part.

- De la prise en charge par l'Aide médicale du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier.
- **Sous conditions de ressources** de l'Allocation de Logement Social (ALS) et d'une fourniture minimum d'eau et d'énergie.

Attention : certaines villes mettent à la disposition des RMIstes des cellules Santé /RMI où ils peuvent :

- vérifier leurs droits à l'accès aux soins,
- bénéficier d'une consultation médico-sociale,
- demander la prise en charge des appareils, lunettes, prothèses, etc.

Renseignements auprès de la DASS ou d'une association ayant l'agrément RMI.

Protection sociale des étrangers

Les étrangers en situation régulière résidant et travaillant en france

Conditions d'accès aux soins :

- être en situation régulière au regard de la loi,
- résider en France,
- ou dans un pays ayant passé une convention à cet effet,
- être régulièrement affilié à un régime de Sécurité sociale.

Documents justificatifs :

- titre de séjour (qui varie en fonction du pays d'origine).

Les ayants-droit majeurs (dont le conjoint) de nationalité étrangère d'un assuré bénéficient de ces prestations à condition d'être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.

Les étrangers en situation régulière et en séjour temporaire en france

Les ressortissants de la Communauté européenne tombés malades inopinément au cours d'un déplacement en France (congé, tourisme, voyage de travail) bénéficient de l'accès aux soins et, éventuellement, du tiers payant, dans les mêmes conditions que les assurés sociaux français, s'ils peuvent présenter le formulaire communautaire (E111) justifiant de leur appartenance à un régime obligatoire de Sécurité sociale du pays où ils résident.

Il en va de même pour les ressortissants de la CEE venus spécialement en France recevoir des soins appropriés à leur état et justifiant par un formulaire communautaire que l'organisme d'affiliation du pays de résidence prendra en charge le remboursement forfaitaire des soins dispensés en France.

Les étrangers non ressortissants de la CEE doivent, sauf convention internationale contraire, effectuer le règlement des soins de santé qui leur sont dispensés en France.

Les étrangers en situation irrégulière

Ils n'ont aucun droit aux prestations d'**Assurance sociale** mais l'accès aux soins ne leur est pas fermé, même s'ils ne disposent pas de ressources suffisantes pour régler eux-mêmes les frais de soins.

Le Code de la Famille et de l'Aide sociale prévoit que : « Toute personne résidant en France a droit pour elle-même et les personnes à sa charge à l'aide médicale pour des dépenses de soins qu'elle ne peut supporter. »

Convention d'assistance réciproque avec la France

Convention européenne d'assistance sociale du 11 décembre 1953

- Allemagne,
- Autriche,
- Belgique,
- Danemark,
- Espagne,
- Grande-Bretagne,
- Grèce,
- Irlande,
- Islande,
- Italie,
- Luxembourg,
- Malte,
- Norvège,
- Pays-Bas,
- Portugal,
- Suède,
- Turquie.

Conventions bilatérales

- Pologne (1920),
- Suisse (1931),
- Algérie (Accords d'Evian),
- Andorre.

Conventions d'établissement

- Zaïre,
- Gabon,
- Togo,
- République Centrafricaine,
- Tchad.

Aide médicale des étrangers

Aide médicale à domicile

Les étrangers résidants en France peuvent bénéficier de l'aide médicale à domicile, **sans condition de durée de résidence,** s'ils sont ressortissants des pays suivant :

- Cameroun,
- Congo-Brazzaville,
- Côte d'Ivoire,
- Laos,
- Mali,
- Mauritanie,
- Niger,
- République du Bénin,
- République du Burkina,
- République Malgache,
- Sénégal.

La loi n° 831027 du 23 août 1993 a modifiée l'article du code de la famille dès lors que la carte de séjour est demandée par les CCAS aux personnes des nationalité étrangère.

Les étrangers ne peuvent avoir accès à l'aide médicale **qu'à la condition d'avoir un titre de séjour ou une preuve de leur séjour dans une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins 3 ans** (cette condition de résidence en France depuis 3 ans ne s'applique pas aux étrangers en situation régulière).

Les titres de séjour nécessaires pour bénéficier de l'aide médicale sont définis dans le décret n° 94294 du 13 avril 1994.

- la carte de résident (ou la carte de séjour temporaire),
- le récépissé de demande de renouvellement ou dossier en cours de renouvellement,
- la première demande de carte de séjour d'une durée de validité supérieure à trois mois,
- une carte de séjour avec mention « réfugié politique » valable 6 mois renouvelable,
- « demandeur d'asile » (récépissé de la demande),
- le livret de circulation.

Aide médicale hospitalière

L'AMH est accessible en droit aux personnes de nationalité étrangère. Les dépenses d'hospitalisation des personnes de nationalité étrangère sont couvertes par l'aide médicale **en cas de soins dispensés dans un établissement de santé et sans aucune condition de séjour.**

Attention : comme pour l'aide médicale à domicile, une enquête sociale est demandée par le CCAS pour l'instruction du dossier.

Ce dossier donne lieu à une décision de la commission départementale de l'aide sociale. La réponse est transmise à l'hôpital. Lorsque la demande est refusée, le malade reçoit la facture des soins.
Une non-réponse à la convocation du CCAS entraîne le rejet du dossier. Cela est souvent lié au fait que les personnes n'ont pas de domicile stable (ou que l'adresse a changé ou qu'elle est fausse).
Il faut savoir que 50 % des demandes sont déboutées pour cette raison.

L'article 38 de la loi du 24 août 1993 prévoit qu'exceptionnellement il peut y avoir une dérogation sur décision de Ministère de la santé et des affaires sociales pour que les dépenses de soins soient couvertes par l'État.

Pour tout savoir sur l'aide médicale,
(FT : Aides médicales, p. 99)

Couverture sociale des chômeurs

Les chômeurs sont des personnes sans emploi, à la recherche d'un emploi et immédiatement disponibles.
Selon leur situation antérieure (ex-salarié ou sans activité préalable), l'indemnisation et la protection sociale seront différentes.

Quelle protection sociale pour les demandeurs d'emploi ?

Elle varie selon la qualité du bénéficiaire, avant d'être demandeur d'emploi.

Pendant l'indemnisation :

- Ex-salarié privé d'emploi : conserve l'intégralité des droits acquis à la rupture du contrat de travail (maladie- maternité - invalidité).
- Personne sans activité préalable bénéficiant des prestations en nature (maladie-maternité).

A l'issue de la période d'indemnisation :

- Ex-salarié privé d'emploi : bénéficie de 12 mois de maintien des droits acquis, aux mêmes conditions.
- Personne sans activité préalable : bénéficie de 12 mois de maintien de droit aux prestations en nature : maladie - maternité.

Après les 12 mois suivant la fin de l'indemnisation :

- Personne inscrite comme demandeur d'emploi à l'ANPE : prestations en nature des assurances maladie/maternité.
- Non-demandeur d'emploi : adhésion à l'assurance personnelle ou demande d'Aide sociale.

Demandeurs d'emploi non indemnisables :

- Ex-salarié privé d'emploi : bénéficie de 12 mois de ses droits acquis à la rupture du contrat de travail.
- Personne sans activité préalable : adhésion à l'assurance personnelle ou demande d'Aide sociale.

Détenus/Sortants de prison

I. LES DÉTENUS

a) Couverture sociale

Les détenus sont désormais affiliés obligatoirement aux assurances maladie et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération (Code de la Sécurité sociale, art. L. 381-30).

Qui peut en bénéficier?

- eux-mêmes,
- leurs ayants droit.

Ils bénéficient des prestations en nature des assurances maladie-maternité **durant toute la durée de leur incarcération.**

Attention : les détenus de nationalité étrangère en situation irrégulière ne peuvent bénéficier que pour eux-mêmes de ces prestations.

Si le détenu exerce une activité salariée pendant sa détention

Mêmes droits à la Sécurité sociale du régime salarié *(FT : Couverture sociale-régime général, P. 96)* à condition d'avoir effectué suffisamment d'heures de travail.

Concerne souvent : les condamnés qui bénéficient d'une mesure de semi-liberté (ou de placement à l'extérieur).

Si les intéressés ne remplissent pas les conditions

Ils sont affiliés au régime d'assurance personnelle.

b) Services de santé en prison

Le service public hospitalier est en charge des examens et des soins dispensés aux détenus, soit en milieu pénitentiaire, soit à l'hôpital si cela est nécessaire.

Le service public hospitalier concourt également aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires (Code de la santé publique, art. L. 718-3).

La nature de la prise en charge des frais de soins

L'État prend en charge en complément de la Sécurité sociale :

- ticket modérateur,
- forfait journalier,
- frais de traitement du personnel hospitalier,
- produits et petits matériels à usage médical,
- produits pharmaceutiques,
- frais d'aménagement des locaux sécurisés dans les établissements de santé.

II. LES SORTANTS DE PRISON

Ceux qui sont couverts par la Sécurité sociale du régime général le sont car :

- ils ont travaillé pendant leur détention,
- ils avaient déjà des droits ouverts pour les prestations en nature et en espèces.

Ceux qui ne remplissent pas les conditions d'ouverture des droits au régime général.

Eux-mêmes et leurs ayants droit retrouvent les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité du régime obligatoire dont ils relevaient avant leur détention ou, à défaut, du régime général pendant une année à compter de la date de leur libération (Code de la Sécurité sociale, art. L. 161-13).

Attention : souvent des détenus dépendent d'un comité de probation qui est chargé de leur insertion à la sortie de prison. Renseignez-vous auprès des instances judiciaires ou auprès de votre patient.

Si votre patient n'est pas au courant de ce régime spécifique de la Sécurité sociale et des allocations spécifiques au bénéfice des sortants de prison, les travailleurs sociaux peuvent l'aider à en bénéficier.

N.B. : en complément de l'allocation d'insertion à demander auprès des ASSEDIC, il ne faut pas oublier d'effectuer une demande de RMI différentiel.

Conseillez à votre patient de :

- prendre contact avec le comité de probation,
- de se faire connaître auprès des associations spécifiques aidant les sortants de prison,
- garder son bulletin de sortie.

Prendre contact :

- avec les institutions citées plus haut afin de permettre à votre patient un meilleur accès aux services.

Sida et protection sociale

La circulaire cadre DGS/DSS/DH/DAS n° 97/166 du 4 mars 1997 relative au nouveau dispositif de dispensation et de prise en charge des antiviraux mis en place depuis le 1er janvier 1997 rappelle le cadre de la protection sociale et l'accès aux droits sociaux des personnes séropositives.
La séropositivité n'est pas en soi une maladie, mais un état impliquant la perspective d'une maladie. Il est important de conseiller à votre patient de protéger ses droits fondamentaux, de se maintenir en position de « veille sociale » pour lutter contre le renforcement des précarités et la perte de la dignité qu'elles peuvent engendrer.

L'accès aux droits sociaux est conditionné :

- soit par une cotisation obligatoire dépendant de l'activité professionnelle,
- soit à titre d'ayant-droit d'un assuré social,
- soit par une situation particulière : les droits à l'assurance maladie sont ouverts notamment dès la perception d'une prestation sociale comme le revenu minimum d'insertion (RMI), l'allocation aux adultes handicapés, l'allocation de parent isolé, etc. Ont des droits maintenus à l'assurance maladie sans limitation de durée les chômeurs en fin d'indemnisation tant qu'ils sont à la recherche d'un emploi ou lorsqu'ils ont plus de 55 ans, chômeurs indemnisés, personnes en période de maintien de droit, certains allocataires ou pensionnés d'invalidité, stagiaires en formation, appelés libérés du contingent, ex-détenus, etc.
- soit par une adhésion au régime d'assurance personnelle.

Assurance personnelle

Les personnes non assujetties à un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent cotiser à l'assurance personnelle. La demande est à effectuer auprès des CCAS du domicile.
Le droit à la prise en charge des soins au titre de **l'assurance personnelle est immédiatement reconnu** (articles L.161-15-2 et L.741-1 du CSS) à toute personne apparemment dépourvue de protection maladie résidant en France depuis au moins trois mois et titulaire d'un des titres de séjour mentionnés à l'article D.115-1 du CSS.
Il s'agit d'une affiliation provisoire à l'assurance personnelle dans l'attente pour les caisses d'assurance maladie de vérifier si la personne peut faire valoir des droits à un régime obligatoire d'assurance maladie.
L'affiliation provisoire prend effet dès la demande et **ouvre immédiatement droit aux prestations** en nature (prise en charge des soins, examens, médicaments...) de l'assurance maladie et maternité du régime général de sécurité sociale.

Toutes les personnes résidant en France ont vocation à être assurés sociaux et/ou à être admises à l'aide médicale sous condition de ressources.

La carte d'assuré social

La prise en charge à 100 % au titre d'une ALD figure sur la carte d'assuré social. Ces informations sont confidentielles et ne concernent ni les employeurs ni l'ANPE.
La circulaire CNAMTS/DGR n° 98-95 du 28 septembre 1995 a précisé aux caisses primaires qu'elles doivent, sur demande de l'assuré, lui délivrer **un double de la carte d'assuré social** sur laquelle ne figurent pas les informations confidentielles et notamment pas la mention de l'exonération du ticket modérateur (taux de remboursement à 100 %). Cette disposition s'impose à l'ensemble des caisses primaires.

La prise en charge à 100 %

Depuis 1986, le sida est inscrit au tableau des affections longue durée (ALD).
Toute personne séropositive ou malade peut bénéficier d'une prise en charge à 100 % si ses droits sont ouverts.
Cette mesure, impliquant l'exonération du ticket modérateur, n'est relative qu'aux soins liés à l'infection. Il est recommandé de conserver une mutuelle. En cas d'hospitalisation, le forfait journalier reste à la charge de l'assuré ou de sa mutuelle. Si le patient n'en bénéficie pas, l'aide sociale peut intervenir sous conditions de ressources.
La demande de prise en charge à 100 % est effectuée par le médecin traitant.

Les antirétroviraux sont des médicaments remboursés à 100 %.

Le taux de remboursement des antirétroviraux par l'assurance maladie est de 100 % (médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux, au titre de l'article R322-1 du CSS), que **le malade soit exonéré ou non du ticket modérateur** au titre d'une affection de longue durée (ALD, article L.324-1 du CSS).
Cette prise en charge à 100 %, quel que soit le statut du patient au regard de l'exonération du ticket modérateur, est d'ores et déjà mise en application pour la rétrocession hospitalière (circulaire budgétaire DH/AF2/96 n° 754 du 18 décembre 1996).
Dans tous les cas, compte tenu du coût de ces traitements, il est essentiel que la procédure de dispense d'avance des frais soit mise en œuvre au bénéfice des assurés sociaux, l'aide médicale étant quant à elle versée en tiers payant.

Le maintien des droits sociaux

Un salarié atteint d'une ALD peut percevoir des indemnités journalières durant trois ans au maximum. Au-delà de cette période, et si la reprise de son activité professionnelle est compromise du fait de son état de santé, la personne peut prétendre, sous certaines conditions, à une pension d'invalidité. Dans le cas contraire, une demande de RMI ou d'allocation adulte handicapé (AAH) peut être envisagée. *(FT : Le revenu minimum d'insersion, p. 107 - La COTOREP et l'allocation adulte handicapé, p. 105)*
En cas de cessation d'activité, les droits sociaux sont maintenus durant une période de douze mois.
Les périodes de chômage indemnisé prolongent les droits au même titre qu'une activité salariée. Cependant, le travailleur social devra rester très vigilant afin d'éviter que l'assuré ne soit confronté à une rupture de droits sociaux ou à une absence totale de ressources. En effet, bien avant la fin du maintien des droits, la nouvelle couverture sociale, les revenus de substitution (AAH, RMI), doivent être envisagés, compte tenu des délais d'attente.

La pension d'invalidité

Une pension d'invalidité peut être versée à l'assuré lorsqu'il a épuisé ses droits aux indemnités journalières (au-delà des trois ans de prise en charge) ou plus tôt, si son état de santé est considéré par le médecin-conseil de la Sécurité sociale comme étant stabilisé.
Le Fonds national de solidarité peut compléter la pension si le montant de celle-ci est insuffisant.

Sida et aide sociale

I. AIDE MÉDICALE

La circulaire cadre DGS/DSS/DH/DAS n° 97/166 du 4 mars 1997 relative au nouveau dispositif de dispensation et de prise en charge des antiviraux mis en place depuis le 1er janvier 1997 rappelle le cadre de la protection sociale, l'accès aux droits sociaux des personnes séropositives.

Les procédures de l'aide médicale sont rappelées :

Protection sociale et aide médicale

Toutes les personnes résidant en France ont vocation à être assurés sociaux et/ou à être admises à l'aide médicale sous condition de ressources. Les assistantes et assistants de service social aident les patients dans leurs démarches. Il en est de même des « cellules d'accueil spécialisées » dans l'aide aux démarches administratives, dans les établissements de santé qui s'en sont dotés.

Par ailleurs, **tous les patients** doivent pouvoir être pris en charge par **le service public hospitalier** (article L.711-4 du CSP), **quelle que soit leur situation administrative.** Les établissements de santé garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent et veillent à **la continuité des soins.**

Recours à l'aide médicale

L'aide médicale comporte un système de tiers-payant. Le patient est dispensé de toute avance de frais. L'aide médicale est accordée pour une durée d'un an, sauf exceptions (article 45-5 du décret du 2 septembre 1954 modifié).

Principes de l'aide médicale : rappels

L'aide médicale est attribuée **en fonction des ressources du foyer demandeur.**

L'aide médicale peut être partielle et compléter la participation de l'assurance maladie.

L'aide médicale perrnet aussi d'assurer la protection sociale des personnes qui ne sont pas susceptibles de bénéficier d'une assurance maladie.

L'aide médicale dans un établissement de santé est ouverte notamment aux personnes de nationalité étrangère qui résident en France sans titre de séjour régulier. Elle permet la prise en charge des soins dispensés par l'établissement, y compris en cas de consultation externe. Elle intègre la prise en charge des prescriptions ordonnées à cette occasion (article 186-3 du CFAS).

Les examens biologiques réalisés par un laboratoire d'analyses de biologie médicale privé et les médicaments dispensés par une officine appartiennent à cette dernière catégorie.

De plus, les personnes de nationalité étrangère qui justifient d'un titre exigé pour **séjourner** régulièrement en France (y compris si elles résident en France depuis moins de trois mois) ainsi que toutes les personnes qui justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis plus de trois ans (même sans titre de séjour régulier) peuvent, toujours sous condition de ressources, bénéficier, en plus, de **l'aide médicale à domicile** (article 186-4 du CFAS).

Admission à l'aide médicale

L'admission à l'aide médicale nécessite une demande de la part des patients. Plusieurs possibilités s'offrent à eux pour **le dépôt de cette demande,** qui peut intervenir (article 189-I du CFAS) :

- soit auprès du centre communal d'action sociale (CCAS) ou intercommunal d'action sociale (CIAS) de la commune de résidence,
- soit auprès des services sanitaires et sociaux du département de résidence,
- soit auprès des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision conjointe du président du conseil général et du préfet,
- soit auprès des organismes d'assurance maladie lorsque cette procédure est prévue par une convention départementale conclue en application de l'article L.182-1 du CSS,
- soit encore auprès de l'hôpital lui-même lorsque l'établissement s'est doté d'une « cellule d'accueil spécialisée » pour assurer une aide aux démarches administratives.

L'admission à l'aide médicale est prononcée soit par le président du conseil général, si la personne a une résidence stable dans le département, soit par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie pour le compte de l'aide médicale Etat si la personne est sans résidence stable et a procédé à l'élection de domicile (article 189-6 du CFAS).

L'admission immédiate intervient pour les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion et pour les demandeurs dont la situation l'exige (article 189-7 du Cfas). **Il en est ainsi notamment à chaque fois qu'il y a urgence et que le délai normal d'instruction peut avoir des conséquences graves sur l'état de santé du demandeur. L'infection à VIH entre dans ce cadre.**

La transmission immédiate, par télécopie par exemple, de la demande de l'intéressé à l'autorité compétente est recommandée (circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 9508 du 21 mars 1995), après s'être assuré du respect des conditions de confidentialité lors de la réception de la télécopie.

(Pour en savoir plus, FT : Aides médicales, p. 99)

II. L'ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ

L'allocation adulte handicapé (AAH) est attribuée aux personnes bénéficiant de revenus modestes, âgées de plus de 20 ans (ou plus de 16 ans si le demandeur n'est plus à la charge de ses parents) et dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 50 %.

La demande comporte deux volets (administratif et médical) qui doivent impérativement être instruits simultanément pour limiter le ralentissement de la procédure.

Le dossier est à adresser au médecin de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Celle-ci détermine le taux d'invalidité et transmet ensuite le dossier à la caisse d'allocations familiales ou à la mutualité sociale agricole, qui assurent le paiement de l'AAH.

(Pour en savoir plus, FT : COTOREP et AAH, p. 105)

III. LE REVENU MINIMUM D'INSERTION (RMI)

Le RMI est une prestation sociale qui ouvre un double droit : au revenu minimum et à l'insertion sociale et professionnelle. Cette dernière est définie dans le cadre d'un contrat, prévu par la loi, entre les intéressés et la Commission locale d'insertion (CLI).

Ce dispositif permet aux personnes de plus de 25 ans (ou moins si elles ont des enfants à charge), résidant en France, de nationalité française ou étrangère mais titulaires d'un titre de séjour, de bénéficier du minimum vital. Les personnes sans domicile fixe peuvent solliciter une association agréée pour leur domiciliation.

Le RMI ouvre des droits à l'allocation logement et à la couverture sociale (pour le demandeur et ses ayants droit).

(Pour en savoir plus, FT : RMI, p. 107)

ASSEDIC

Comment bénéficier de l'assurance chômage ?

Avoir travaillé dans une entreprise entrant dans le champ d'application du régime d'assurance chômage (employeurs du secteur privé, certaines collectivités territoriales pour leurs agents titulaires...).
Avoir perdu involontairement son emploi (fin CDD, licenciement ou démission pour motif légitime).
Justifier d'une période de travail accompli dans une ou plusieurs entreprise(s) (au minimum 122 jours de travail sur les 8 derniers mois).

Attention : attirez l'attention des travailleurs intérimaires, qui souvent l'ignorent, qu'ils peuvent obtenir une allocation chômage s'ils ont effectué au minimum 122 jours sur les 8 derniers mois.

Être en recherche effective et permanente d'un emploi, sauf les personnes de 57 ans et demi ou plus.

Attention : conseillez à vos patients de garder toujours un justificatif de recherche d'emploi, par exemple une lettre de refus d'embauche ou une candidature ; en l'absence de justificatif, les ASSEDIC pourraient interrompre ces indemnités.

Être âgé de moins de 60 ans ; les personnes ne justifiant pas de 153 trimestres de travail à l'âge de 60 ans peuvent continuer à percevoir des allocations chômage jusqu'à la justification des 153 trimestres (au plus tard à 65 ans).
Être physiquement apte à l' exercice d'un emploi.
Ne pas être chômeur saisonnier.

Quelle indemnisation par les ASSEDIC ?

Il existe en effet **deux** systèmes distincts d'indemnisation :

1. Régime d'assurance chômage, versant aux seuls ex-salariés involontairement privés d'emploi une garantie de ressources sous forme **d'allocation unique dégressive,** calculée en % de leur salaire antérieur, dont la durée et le taux sont fonction de la durée d'affiliation au régime chômage.

2. Régime de solidarité à la charge de l'Etat versant sous conditions de ressources :

- **une allocation de solidarité spécifique** aux chômeurs ayant épuisé leurs droits à l'indemnisation légale,
- **une allocation d'insertion** destinée aux demandeurs d'emploi sans activité préalable, ou ne réunissant pas les conditions suffisantes pour bénéficier du régime d'assurance.

Fonds social de l'ASSEDIC

Si le patient rencontre de très graves difficultés financières, l'informer qu'il est possible de demander une aide au fonds social de l'ASSEDIC.

Qui y a droit ?

- Certains demandeurs d'emploi, en particulier ceux se trouvant dans une situation qui n'est pas expressément prévue par le règlement général de l'assurance chômage.

Exemples : les travailleurs indépendants...
- qui ont cotisé au moins un jour dans les trois dernières années.

ou
- anciens salariés qui n'ont pas assez cotisé pour avoir droit à l'allocation unique dégressive.

Dans quelles situations les demander ?

- Difficultés à payer le loyer ou à rembourser les mensualités de l'emprunt immobilier.
- Très faibles ressources restantes une fois le loyer et l'électricité payés.
- Revenus insuffisants pour payer des frais d'inscription à un stage de formation, les frais de déplacement ou le logement.
- Nécessité de prendre des congés non payés.

Quand faire la demande ?

- S'il y a rupture du contrat de travail :
  Dans un délai de 3 ans augmenté de la durée de versement de l'allocation, à compter de la date de rupture du contrat de travail du patient.
- S'il y a reprise d'activité :
  Dans les trois premiers mois après la reprise d'activité, pour surmonter des difficultés liées à la période de chômage du patient.
- Si le patient ne peut recevoir d'allocations chômage (travailleur indépendant ou activité salariée insuffisante) :
  Le délai pour demander une aide est de 3 ans à partir de la fin du dernier contrat de travail.

A qui s'adresser ?

- Retirer les formulaires de demande d'aide dans toutes les antennes ASSEDIC.
- Déposer la demande à l'antenne ASSEDIC dont le patient dépend (chargée de transmettre la demande au comité paritaire de gestion des fonds sociaux).
- Attendre la réponse écrite et motivée du comité.

Aides au logement

La loi Besson du 31 mai 1990, relative à la mise en œuvre du droit au logement, affirme à l'article premier :
« Garantir le droit au logement constitue un devoir de solidarité de l'ensemble de la nation. Toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'existence, a le droit à une aide de la collectivité, dans les conditions fixées par la présente loi, pour accéder à un logement décent et indépendant ou s'y maintenir. »
Il est important d'en informer le patient qui peut ignorer ces dispositions.

Dans chaque département, deux dispositifs :
- un plan départemental pour le logement destiné à améliorer l'offre
- un Fonds de Solidarité pour le Logement (FSL)

I. OBTENIR UN LOGEMENT

1. Accéder au logement social

Les candidats sont nombreux et les logements, rares ; il faut compter de un à deux ans d'attente.
Pour y accéder, il faut remplir certaines conditions :
- être de nationalité française ou être étranger admis à séjourner régulièrement en France,

et
- disposer de ressources ne dépassant pas un certain plafond.

Votre patient doit faire une demande de logement auprès du service logement de la commune ou de la préfecture du département où il souhaite résider ; une attestation d'inscription lui sera alors délivrée, comportant un numéro de « mal logé ». La commune transmet directement à la préfecture cette inscription et le numéro d'enregistrement.

Attention :
- Il lui faut conserver précieusement cette feuille qui atteste de l'inscription sur la liste des demandeurs de logement. Elle lui sera demandée pour chaque démarche.
- Et se réinscrire chaque année ; toutes les communes et préfectures ne préviennent pas, il faut le faire avant expiration du délai de validité.

Prendre rendez-vous avec l'Adjoint au Maire chargé du logement et lui exposer sa demande en lui demandant d'intervenir. La commune dispose d'un contingent de logements.

Aller s'inscrire aux antennes locales des offices HLM disposant d'un parc locatif sur la commune.

Attention :
- Il lui faut se réinscrire chaque année dans chaque office, en aucun cas les offices HLM ne préviennent de l'obligation de le faire !

Prendre rendez-vous avec une assistante sociale au CCAS ou à la DASS qui peut écrire pour appuyer la demande, informer des droits et effectuer une demande auprès du FSL si nécessaire.

Faire un courrier au préfet du département, en lui exposant les motifs de la demande et l'urgence. Le préfet peut intervenir à deux titres :
- la préfecture dispose d'un contingent de logements.
- le préfet peut aussi intervenir auprès des offices HLM et des communes en faveur des personnes dont il estime qu'elles ont besoin d'être logées en priorité.

Si le demandeur de logement est salarié d'une entreprise de plus de dix salariés, il est possible que l'entreprise cotise au 1 % patronal. Il doit se renseigner auprès du service du personnel : si c'est le cas, il doit le préciser sur la demande de logement car cela peut faciliter et activer l'obtention d'un logement.

2. Accéder au logement privé

Il existe des associations départementales pour l'information sur le logement ADIL qui renseignent gratuitement sur la législation en matière de location. Elles connaissent aussi les offres de logements neufs.

Attention :
Certains types de logements ne sont soumis à aucune réglementation. Ce sont :
- les locaux meublés,
- les logements foyers,
- les logements de fonction,
- les logements à caractère saisonnier.

3. L'entrée dans le logement

- les garanties de solvabilité,
- le dépôt de garantie,
- le bail,

- l'état des lieux,
- la fixation du loyer,
- la réévaluation du loyer,
- les charges,
- les menus travaux qui incombent à chacun,
- la réhabilitation,
- l'assurance habitation,
- la résiliation du bail,
- l'état des lieux à la sortie,
- surloyer ou SLS,
- amélioration du confort existant.

Pour connaître ses droits et devoirs, votre patient peut contacter :
- La CAF
- L'ADIL de son département
- L'ANIL (Agence Nationale pour l'Information sur le Logement), tél. : 01 42 02 65 95
- 3615 INFOLOGEMENT

4. Les aides à l'accès au logement

Elles sont limitées dans le temps.

Le FSL

La nature et l'ampleur de l'aide sont adaptées à chaque cas.
- garantie de paiement des loyers et des charges,
- prise en charge du dépôt de garantie,
- prise en charge de tout ou partie des frais d'installation dans le logement (dans certains cas : mobilier de base, ouverture des compteurs, déménagement).

Les demandes sont instruites par les services sociaux de la commune ou du département.
Le FSL se doit d'assurer l'accompagnement social de ces aides.
De plus, le FSL peut contre-garantir ou doter des associations intermédiaires qui mettent des logements à disposition des ménages défavorisés par sous-location ou octroi de garanties : voir ci-dessous.

Les baux glissants

Ils sont destinés aux ménages en difficulté.
Il s'agit de baux présentant une garantie pour le bailleur, le locataire étant, dans un premier temps, le plus souvent une association. Dans un second temps, le bail peut être transmis au sous-locataire.

L'exonération des impôts sur les revenus de la location
Objectif : inciter des propriétaires à louer à des personnes défavorisées. Le propriétaire bénéficie d'une exonération de ses impôts sur les revenus de la location sous réserve de conditions du loyer et de la qualité du logement.
Un contrat de location doit être passé entre le propriétaire et :
- des bénéficiaires du RMI,
- des étudiants percevant une bourse à caractère social,
- un organisme sans but lucratif mettant le logement à la disposition des plus démunis.

Se renseigner au centre des impôts du domicile du propriétaire.

5. Changer de logement

- s'adresser en priorité à son bailleur, qui peut proposer directement au locataire un autre logement,
- sinon mêmes démarches que pour accéder au logement social ou privé.
- le FSL peut être saisi pour permettre à un ménage défavorisé d'accéder à un logement locatif grâce à un système de garanties. Il est saisi par l'intermédiaire d'une AS.

(FT : Aides au logement, p. 119)

II. PAYER UN LOYER EN FONCTION DE SES RESSOURCES

1. Les aides de la CAF

Il existe trois types d'aide au logement :

l'Aide Personnalisée au logement (APL)
Pour en bénéficier il faut :
- être locataire d'un logement locatif faisant l'objet d'une convention entre le propriétaire et l'Etat ; par exemple HLM, ILM.
- être accédant à la propriété ou déjà propriétaire, ayant contracté un prêt dit «social» pour acheter, agrandir ou améliorer le confort d'un logement neuf ou ancien (prêts PAP, PAS, ou PC).

l'Allocation de Logement Familiale (ALF)
Pour les familles qui n'entrent pas dans le cadre de l'APL mais qui :
- attendent un enfant, ont des enfants ou certaines autres personnes à charge,
- ou forment un ménage marié depuis moins de 5 ans (mariage avant 40 ans des conjoints).

l'Allocation de Logement Sociale (ALS)
Pour ceux qui ne peuvent bénéficier de l'APL et de l'ALF.
N.B. : les bénéficiaires du RMI ont droit à l'ALS.

Conditions communes
- Être en charge d'un logement (loyer ou remboursement de prêt).
- Si location, le propriétaire n'est pas un parent.
- Le logement doit être la résidence principale.
- Le logement peut être occupé par le locataire, conjoint, concubin, et les personnes à sa charge (enfants, certaines personnes sous conditions de ressources ou d'incapacité reconnue de travail).

- Ne pas dépasser le plafond de conditions de ressources.
- Peuvent en bénéficier :
  - les personnes qui vivent dans :
    . un foyer,
    . à l'hôtel,
    . un meublé,
    . une résidence universitaire,
  - les personnes handicapées ou âgées hébergées non gratuitement :
    . chez des particuliers,
    . en foyer,
    . en maison de retraite,
    . en en unité ou centre de long séjour (dans certains cas),
  - les personnes de nationalité étrangère munies d'un titre de séjour ou d'un document administratif attestant la régularité de leur séjour en France.

Montant de l'aide
L'aide est calculée en fonction des ressources et du nombre de personnes à charge.

Autres aides de la CAF
La prime de déménagement.
Le prêt à l'amélioration de l'habitat.

2. Le FSL (Fonds de Solidarité pour le Logement)

Les demandes sont instruites par les AS de la DASS ou des CCAS.

- Toute personne éprouvant des difficultés particulières de logement en raison de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'existence peut bénéficier du FSL.
- Aucun ménage, quel que soit le niveau de ses ressources, ne peut être exclu a priori du dispositif. Car aucune demande ne peut être rejetée sans avoir fait l'objet d'un examen par l'instance du FSL compétente pour l'attribution des aides.
- L'accompagnement social des familles qui connaissent des difficultés de logement est un devoir du FSL, que ces familles soient bénéficiaires ou non d'une aide financière du Fonds.

Les aides financières du FSL visent à maintenir les ménages locataires dans les lieux. Elles sont calculées en fonction des ressources et sont distribuées directement aux ménages sous forme de prêts ou de subventions en cas d'impayés afin de les aider à s'installer.
(FT : Prévenir l'expulsion, p. 122 - Les huissiers, p. 124)

III. CAS PARTICULIERS

Peut-on sous-louer son appartement ?

Il est interdit de sous-louer le logement dont on est locataire, à moins d'en demander l'autorisation formelle à son propriétaire. Se risquer à le demander peut entraîner la résiliation du bail.
En revanche, chacun est libre de recevoir, sans limitation de durée, les personnes de son choix.
La jurisprudence est généralement favorable au locataire, même quand une clause du contrat interdit l'occupation du logement par une tierce personne. Ainsi le paiement une seule fois du loyer ou d'une facture par un tiers ne constitue pas une preuve suffisante de la sous-location.

- La sous-location est absolument interdite en logements à loyer modéré (HLM, ILM,etc.).
- Les logements de type loyer 48, ne sont pas soumis à l'interdiction de sous-location.
- Les logements à loyer libre peuvent donner lieu à la sous-location, sous réserve de l'accord écrit du propriétaire.

L'allocation logement est possible dans la mesure où :

- il y a accord du propriétaire,
- il faut alors établir un bail de convenance entre le locataire en titre et la personne qui sous-loue, où figurent la durée du bail et le montant du loyer, et signé par le locataire et le sous-locataire,
- le locataire perd alors ses droits à l'aide au logement au profit du sous-locataire.

En cas d'arriérés de loyer

- s'assurer que le loyer demandé tient compte des ressources,
- contacter au plus vite son bailleur, et le prévenir des difficultés,
- contacter une assistante sociale pour une demande de FSL.

(FT : Surendettement des familles, p. 125 - Prévenir l'expulsion, p. 122 - Les huissiers, p. 124)

ADRESSES ET NUMÉROS UTILES

ANAH
(Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat)
Tél. : 01 44 77 39 39

Association des Comités de Défense des Locataires (ACDL)
11, rue Bellefonds, 75009 Paris
Tél. : 01 48 78 54 11

Confédération Générale du Logement (CGL)
143-147, boulevard Anatole-France, 93285 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 48 09 37 41

Observatoires des loyers
Agglomération parisienne (OLAP), tél. : 01 40 65 05 44
Ille-et-Vilaine (OLIV), tél. : 02 99 78 27 27
Besançon (OLAB), tél. : 03 81 61 92 41

Prévenir l'expulsion

(FT : Aides au logement, p. 119 - Les huissiers, p. 124 - Surendettement des familles, p. 125 - Aide judiciaire, p. 126)

I. Régler le problème financièrement

Contacter une assistante sociale qui peut faire débloquer des fonds de solidarité : Fonds social des Assedics, Fonds de Solidarité pour le Logement, aide exceptionnelle de la DASS, fonds sociaux d'associations.

Si le loyer ou les mensualités de prêts « dits sociaux » ne sont pas payés depuis deux mois ou plus, les aides CAF pour le logement sont suspendues.

Mais si, en avertissant la CAF, le propriétaire ou la banque met en place un plan d'apurement de dettes, qui est respecté, l'allocation logement pourra être versée directement au propriétaire ou à la banque.

Si l'endettement est trop important, la CAF peut saisir le FSL, de même que le bailleur. La CAF peut aussi intervenir seule : il faut voir une AS de la CAF.

(FT : Aides au logement, p. 119)

Le FSL ou un autre organisme analogue pourra, dans la mesure du possible, aider à apurer les dettes. Les aides sont dispensées sous forme de prêts ou de subventions dans le but de résorber les dettes liées directement au logement : factures électricité, gaz, loyer, emprunt, etc.

Contacter aussi le CCAS ou la mairie.

Le concordat CAF

La CAF dispose aussi de ce dispositif pour les dettes pour lesquelles le FSL ne suffit pas.

Il s'agit d'un contrat passé entre une famille en difficulté, la CAF et les HLM, qui prévoit un apurement de dettes :

Alors :

- 1/3 est abandonné par le bailleur,
- 1/3 est payé par la CAF,
- 1/3 reste à payer par la famille.

Conditions d'accès :

- ressources considérées comme très faibles
- dettes de loyer de plus de 25 000 F et datant de plus de 24 mois,
- danger d'expulsion.

En cas de litige avec le propriétaire sur travaux ou de non-respect du bail

En premier lieu, il faut tenter de résoudre à l'amiable. Si cela s'avère impossible par oral, votre patient devra lui écrire pour exposer les griefs. En cas d'échec il ne lui reste qu'à aller en justice.

Les procédures judiciaires

La procédure normale consiste à s'adresser au tribunal d'instance de son lieu d'habitation, en respectant un délai de 5 ans au-delà duquel il y a prescription.

S'il s'agit d'un petit litige (– de 13 000 F) :

- s'adresser au greffe du tribunal en remplissant une déclaration détaillée.

L'injonction de payer :

- concerne les cas où le litige ne porte pas sur le montant de la réclamation mais sur le refus de payer.

L'injonction de faire :

- concerne les litiges qui n'ont pas un caractère financier, par exemple la non-réalisation d'obligations contenues dans le contrat, lorsque cette obligation représente une valeur inférieure à 30 000 F.

Le référé :

- permet d'obtenir un jugement rapide dans les situations d'urgence.

Contester un jugement :

- toutes les décisions prises contradictoirement sont susceptibles d'un recours c'est-à-dire un second jugement **en appel,** sauf pour petits litiges (– de 13 000 F).
- l'opposition permet d'obtenir un nouvel examen de l'affaire devant le même tribunal si l'on a été absent à l'audience ou non représenté.

II. Les règles de la procédure d'expulsion

Votre patient doit savoir que :

- les expulsions sont interdites entre le 1er novembre et le 15 mars,
- un locataire ne peut être expulsé sans qu'un jugement ait été prononcé et lui ait été signifié.

1. Le commandement délivré par un huissier officialise le début de la procédure.
Il indique :

- le délai dont dispose votre patient pour régulariser sa situation (souvent très court),
- la somme à payer.

2. Le délai indiqué peut permettre :

- de vérifier le bien-fondé de la créance,
- éventuellement de contester la créance et d'engager une opposition au commandement de payer,
- de saisir le FSL par l'intermédiaire d'une AS.

N.B. : l'intervention du FSL au moment de l'expulsion est prévue par la loi du 31 mai 1990 ; le locataire expulsé ou menacé de l'être peut saisir le FSL.

3. Si rien n'est fait, le propriétaire poursuit sa démarche et saisit le Tribunal d'Instance, et la personne menacée d'expulsion est convoquée.
Il faut absolument s'y rendre, tout locataire de bonne foi a intérêt à se présenter et expliquer sa situation, ses difficultés, éventuellement les démarches entamées pour résoudre le problème.
Au besoin, se faire représenter par un avocat ou un parent. Dans le cas contraire, seuls les arguments du propriétaire risquent d'être pris en compte.

4. Le jugement et ses conséquences
Le jugement a lieu après une ou plusieurs audiences. Il peut soit :

- accorder des délais de paiement au locataire sans que l'expulsion soit prononcée,
- ou accorder ces délais avec une clause résolutoire autrement dit si les modalités de remboursement ne sont pas respectées par le locataire, le contrat de location prend fin et le locataire doit donc quitter le logement,
- ou ordonner l'expulsion revêtue de la forme exécutoire.

Le jugement peut aussi :

- prévoir des délais pour quitter le logement,
- fixer une indemnité d'occupation,
- éventuellement condamner aux dépens, à des dommages et intérêts et autoriser le recours, si nécessaire, à la force publique.

L'exécution du jugement ne peut se faire dans le délai de 2 mois suivant la signification du jugement.
Le commandement d'avoir à libérer les lieux est un document obligatoire que l'huissier est tenu d'envoyer au préfet. En étant ainsi au courant des expulsions, celui-ci a la possibilité de faire jouer son droit de réservation pour faciliter le relogement des personnes ainsi jetées à la rue.
Seul l'huissier peut procéder à l'expulsion proprement dite.
(FT : Huissiers, p. 124)

III. Expulsion inévitable

Relogement en urgence :
Le préfet à la possibilité d'intervenir directement auprès des organismes HLM ou les sociétés d'économie mixte spécialisées et conventionnées dans le logement social pour y placer les personnes en grande difficulté.
Ecrire au préfet par l'intermédiaire d'une AS ou d'un élu de sa commune ; il intervient rarement, mais la démarche est à faire.
(FT : Aides au logement, p. 119)

Certaines communes se sont fait un devoir d'éviter toute expulsion. La présence d'un élu au moment de l'expulsion peut permettre une ultime négociation ou un relogement immédiat. Il ne faut pas hésiter à prendre contact avec l'Adjoint au Maire chargé du logement.

Les huissiers

(FT : Aides au logement, p. 119 - Prévenir l'expulsion, p. 122 - Surendettement des familles, p. 125 - Aide judiciaire, p. 126)

Attirer l'attention de votre patient sur un point important !
Si le commandement de payer concerne une dette hospitalière, il faut solliciter le service des frais de séjour de l'hôpital afin que celui-ci demande à la Trésorerie générale de l'Assistance publique l'arrêt des procédures selon le « formulaire référencé annexe 2 ».

1. Le commandement délivré par un huissier officialise le début d'une procédure.
Il indique :
- le délai dont on dispose pour régulariser sa situation (souvent très court),
- la somme à payer ou la chose à faire.

2. Le délai indiqué peut permettre :
- de régler le litige,
- de vérifier le bien-fondé de la créance,
- éventuellement de contester la créance et d'engager une opposition au commandement de payer,
- de saisir le FSL par l'intermédiaire d'une AS.
  L'intervention du FSL au moment de l'expulsion est prévue par la loi du 31 mai 1990, le locataire expulsé ou menacé de l'être peut saisir le FSL.

1. Saisie

- seul l'huissier peut procéder à la saisie proprement dite,
- la procédure de saisie doit faire l'objet d'une décision de justice, sauf les dettes concernant le Trésor public.

Procédure :
1re étape : la signification **d'un commandement de payer** par huissier pour le recouvrement de dettes.
2e étape : si aucun règlement n'est effectué ou aucune conciliation possible, **un acte de saisie de vente** est adressé par huissier.
Une date est arrêtée pour la saisie et la mise aux enchères des objets.

En général suit un avertissement de passage pour évaluation des biens, l'huissier passe ensuite très rapidement, pour le relevé des objets, c'est **la saisie conservatoire.**
Attention : l'avertissement n'est pas obligatoire.
3e étape : la saisie.
Pour cela, il peut faire ouvrir un logement en l'absence du locataire, à condition d'être en présence d'un commissaire de police accompagné d'un serrurier.
Il ne peut y avoir de saisie avant 6 heures le matin et après 21 heures le soir.
Tous les biens présents sont considérés comme appartenant à l'occupant des lieux, sauf preuve faite du contraire.

Ne peuvent être saisis :
- les éléments du mobilier nécessaires à la survie alimentaire et physique de la personne : lit, table, chaises, mobilier de cuisine, meubles scellés,
- les meubles et appareils ou véhicules affectés à un emploi.

Sont saisis en priorité les objets considérés de luxe tels que matériel hi-fi, audio-visuel, véhicule, etc.

2. Expulsion

- Les expulsions sont interdites entre le 1er novembre et le 15 mars.
- **Un locataire ne peut être expulsé sans qu'un jugement ait été prononcé et lui ait été signifié.**
- L'exécution du jugement ne peut se faire dans le délai de 2 mois suivant la signification du jugement.

Le commandement d'avoir à libérer les lieux est un document obligatoire, que l'huissier est tenu d'envoyer au préfet. En étant ainsi au courant des expulsions, celui-ci a la possibilité de faire jouer son droit de réservation pour faciliter le relogement des personnes ainsi jetées à la rue.
Seul l'huissier peut procéder à l'expulsion proprement dite.
Pour cela, il peut changer la serrure d'un logement en l'absence du locataire, à condition d'être en présence d'un commissaire de police accompagné d'un serrurier.
Recommandez à votre patient de ne pas s'aviser de rentrer à nouveau dans le logement, car il pourrait alors être poursuivi pour « tentative d'effraction de domicile ».
En cas d'opposition et de résistance à l'exécution de l'expulsion, l'huissier peut demander au préfet le concours de la force publique.

Surendettement des familles

I. LA COMMISSION DE SURENDETTEMENT DES FAMILLES

Votre patient, dans une situation de surendettement, doit savoir qu'il existe une commission de surendettement par département. Elle est présidée par le préfet.

La commission de surendettement est composée des membres suivants :

- préfet,
- trésorier général payeur,
- représentant des créanciers,
- représentant des consommateurs,
- représentant de la Banque de France.

La procédure

1. Cest à lui, le débiteur, d'engager la procédure.

A l'aide d'une demande écrite signée et adressée à la commission, à laquelle il demande d'intervenir. Il y décrit sa situation familiale, ses revenus, la justification de ses dettes et y joint un état des dettes où figurent les noms et adresses des débiteurs.

2. Il reçoit alors une lettre de la commission stipulant que la demande a bien été reçue.

3. La commission examine la recevabilité de la demande, sur les critères suivants :

- les dettes sont non professionnelles,
- le débiteur doit pouvoir faire la preuve de sa bonne foi.

4. La commission fait ensuite l'état de l'endettement du débiteur :

- elle peut s'enquérir auprès de la Banque de France des incidents de paiement du débiteur,
- elle peut faire des recherches auprès des créanciers.

5. La commission établit un plan de redressement acceptable par les deux parties : débiteur et créanciers.

Elle peut proposer un rééchelonnement de la dette, une réduction du taux de crédit, l'effacement de pénalités.

Les deux parties signent le plan qui, dans les quinze jours qui suivent, doit donner lieu à un début de règlement.

A défaut, la seule issue demeure la justice.

Le plan de rééchelonnement du paiement de la dette mis en place dépasse rarement 5 ans.

Attention : Les dettes fiscales sont exclues de la possibilité de rééchelonnement.

(FT : Aides au logement, p. 119 - Prévenir l'expulsion, p. 122 - Huissiers, p. 124 - Aide judiciaire, p. 126)

II. LE CRÉDIT MUNICIPAL

Le recours au crédit municipal est une solution rapide pour un étalement du remboursement de dette et **lorsque que l'on dispose d'un salaire.**

Le crédit municipal procède à un rachat de dette et devient le créancier.

- les prêts sont garantis par les salaires,
- le débiteur ne doit pas avoir eu d'accident de paiement ou être fiché comme tel à la Banque de France,
- moyennant un taux de crédit de base de 8,95% (à titre indicatif en 1998), les échéances sont en règle générale diminuées de moitié,
- les crédits ont une durée de 2 à 7 ans.

Pour plus de renseignements, contacter :

Le Crédit Municipal
55, rue des Francs-Bourgeois, 75004 Paris
Tél. : 01 44 61 64 00

Aide judiciaire

Pour obtenir une aide juridique gratuite :
Nature de l'aide :

- des permanences juridiques pour s'informer, évaluer les chances d'une procédure judiciaire,
- les permanences sont tenues par des avocats , des juristes, voire des médiateurs pour tenter de régler certains petits litiges à l'amiable,
- contacter le service juridique de la mairie,
- contacter les antennes de justice du département,
- permanences juridiques gratuites du Palais de Justice du département.

Attention : En aucun cas l'aide juridique ne consiste à plaider.

Conditions d'accès :

- résider dans la commune ou le département.

Pour les permanences du palais de justice

- disposer de faibles revenus pour une aide totale ou partielle,
- il faut justifier de ses ressources au moment de l'entrevue (présenter bulletins de salaires des 3 derniers mois, dernier avis d'imposition et livret de famille).

Pour obtenir l'aide juridictionnelle :
Nature de l'aide :

- avec l'aide juridictionnelle, l'Etat prend en charge tout ou partie des frais de justice (frais d'avocat inclus) ; c'est une aide qui garantit à tous l'accès à la justice,
- contacter le Bureau d'aide juridictionnelle du Tribunal de Grande Instance,
- les formulaires de demande ainsi que la liste des pièces à fournir sont à retirer à la mairie ou au tribunal.

Conditions d'accès :

- résider dans la commune ou le département,
- disposer de faibles revenus pour une aide totale ou partielle.

Les plafonds sont majorés par personne à charge.

- il faut justifier de ses ressources au moment de l'entrevue (présenter bulletins de salaires des 3 derniers mois, dernier avis d'imposition et livret de famille)

Attention : Il faut attendre entre trois et quatre mois pour obtenir une réponse.

Rôle des assistantes sociales

I. Le service social de polyvalence de secteur

C'est un service ouvert à l'ensemble de la population sans aucun critère de sélection. L'assistante sociale de secteur intervient sur une zone géographique définie de la localité. Elle reçoit sur rendez-vous ou à sa permanence les usagers résidant sur cette zone, et peut être appelée à se rendre au domicile de la famille sur rendez-vous, ou pour procéder à une enquête sociale.

Déontologie : l'AS fait une approche globale de la situation de la famille, ou de la personne mais elle doit **respecter la vie privée des usagers** (secret professionnel loi du code civil art 9 et convention Européenne art 8). Il ne peut y avoir ingérence ni au domicile, ni dans le courrier.

Cependant, si un enfant est en danger, la loi prévoit que la justice doit intervenir pour le protéger. Dans ce cas, l'AS ne fait un signalement que si elle connaît la famille ou effectue un suivi.

(FT: Le système de protection judiciaire de l'enfant et de la jeunesse, p. 128)

Mission : l'accueil, l'information, l'écoute et le soutien des usagers en difficultés. Le repérage des besoins et l'élaboration d'un projet social (intervention en urgence, ou suivi à long terme).

Enquête sociale : il ne s'agit pas d'une enquête de police mais d'un recueil d'informations indispensables pour évaluer la gravité ou la réalité des problèmes sociaux d'une famille (Circulaire 26.1.62 et 12. 12. 66).

Si une enquête sociale est demandée, **l'assistante sociale doit vérifier qu'elle est compatible avec la déontologie professionnelle.**

Domaines d'intervention : la prévention de l'enfance et de la famille, l'aide financière, la santé, l'aide à l'insertion, le travail, le logement, le surendettement, l'aide aux vacances, la recherche de lieux adaptés, d'activités de loisirs ou culturelles, etc.

L'AS travaille généralement **en partenariat avec les autres services administratifs, sanitaires, et sociaux du département (COTOREP, CDES, PMI, ASE, Adoption).** Une politique de prévention et d'action sociale existe dans chaque département (selon la convention et le réglement) et s'applique également au service social de polyvalence.

II. Les services specialises

Ils ont une mission spécifique : **CAF, Sécurité sociale, hôpital, hygiène mentale, Centre Médical Psychologique, services sociaux de l'entreprise, scolaires, associations spécialisées dans la prise en charge ou l'accompagnement de certains publics, etc.**

Le système de protection judiciaire de l'enfant et de la jeunesse

Le système de protection judiciaire de l'enfant et de la jeunesse repose sur deux instances :

Une instance administrative :

qui a surtout **un rôle de prévention,** et qui intervient auprès de la famille avec la PMI et l'ASE (aide sociale à l'enfance). Elle ne place l'enfant qu'avec l'accord des parents.

Une instance juridique :

qui intervient sur signalement après constatation d'un danger. Pour les cas graves de délinquance, le juge d'instruction est saisi de l'affaire.

- **Pour un mineur délinquant : le juge pour enfants (Tribunal de Grande Instance)** peut utiliser plusieurs mesures y compris à titre éducatif (mesure d'assistance éducative) en obtenant l'adhésion de la famille à la mesure envisagée. L'enfant ou le mineur dans ce cas peut rester dans la famille.
- Si le juge décide d'appliquer **une mesure d'éducation en milieu ouvert,** il nomme un éducateur chargé d'aider et de conseiller la famille avec l'accord du jeune et des parents (art 375-8 du code civil).
- Si **le mineur est en danger physique ou moral, le juge peut juger seul dans son cabinet** (mineurs délinquants, mineurs en danger physique ou moral, jeunes avec de graves difficultés d'insertion sociale).

La prévention des mauvais traitements à enfant s'inscrit dans la loi de la protection de l'enfance de 1989.

Le juge peut décider :

- **d'une ordonnance de placement provisoire (opp),**
- **ou d'un retrait des droits parentaux** (placement dans un foyer, DASS, famille d'accueil).

Le conseil général, et le conseil départemental de prévention des mauvais traitements à enfants ou à l'égard de mineurs appliquent la loi de 1989 en mettant en place **des comités de prévention en milieu scolaire.**

Les instances concernées sont :

- la PMI et la pédiatrie,
- la justice (TGI pour enfants) et l'ASE,
- l'éducation nationale,
- les hôpitaux et les Centres Médicaux Psychologiques.

Les soins dentaires

Attention : dans tous les cas, il est nécessaire d'attendre la réponse des divers organismes concernant la prise en charge avant d'entreprendre les soins.

POUR LES PATIENTS ASSURÉS SOCIAUX

1. Sécurité sociale

a) les soins (dont soins conservateurs, i.e. : plombages, détartrage, petite chirurgie, radios) = feuille de soins

- les soins sont facturés par le dentiste et remboursés normalement à 70 % par la Sécurité sociale.

b) les prothèses (couronne, pivot, bridge, dentier)

- le patient fait établir un devis au dentiste (obligatoire),
- le dentiste remet au patient une demande de soins dentaires (feuille verte),
- le patient adresse cette demande au dentiste conseil de la CPAM dont il dépend (demande d'entente préalable),
- le centre de Sécurité sociale notifie à l'assuré l'accord ou le refus par simple lettre, le centre conserve la demande de soins dentaires,
- début des soins après réception de l'accord du dentiste conseil (faute d'accord, les soins ne sont pas remboursés),
- les traitements doivent être commencés au plus tard 6 mois après la date de l'accord.

N.B. : il faut conserver la réponse du centre, elle est à joindre impérativement à la nouvelle feuille de soins établie par le dentiste au moment du traitement pour le remboursement.

2. Complément de remboursement

a) La mutuelle

Le patient dispose d'une mutuelle : il lui est conseillé de faire établir un devis par le dentiste tenant compte des barèmes de remboursement de sa mutuelle (la prise en charge dépend du type de contrat).

b) Pas de mutuelle complémentaire

Il faut envisager des aides.

Il faut effectuer une demande d'aide médicale partielle (Sous condition de ressources) ; elle fonctionne comme une mutuelle.

3. Les aides financières de la sécurité sociale

La Sécurité sociale, en plus du remboursement du tarif de base, peut attribuer des aides financières pour des personnes qui ne peuvent pas faire face à des frais importants. Il s'agit de demandes exceptionnelles qui sont examinées en fonction des ressources de la personne.

Conditions d'attribution :

- être assuré social
- avoir des ressources modestes
- avoir étudié toutes les autres possibilités de prise en charge (remboursement par une mutuelle, carte Paris Santé ou autres cartes, ticket modérateur et aides forfaitaires des CCAS)
- avoir reçu la notification d'accord du dentiste conseil adressée par le centre de Sécurité sociale. (N.B. : en cas d'accord partiel, aucune aide ne peut être accordée pour la partie refusée)
- les devis et factures des couronnes doivent respecter le cahier des charges suivant :
  - les couronnes coulées métalliques, en métal non précieux ne doivent pas dépasser un coût unitaire de 1 600 francs.
  - les couronnes à incrustation vestibulaire (CIV) en métal non précieux ne doivent pas dépasser un coût unitaire de 2 500 francs.

N.B. : en règle générale, la CPAM n'accorde pas d'aide financière pour les couronnes céramo-métalliques. Toutefois, si le montant ne dépasse pas 2 500 francs, la demande peut être étudiée.

Les devis ou factures des autres types de prothèses (bridges, appareils multiples, dentiers, etc.) doivent rester dans un tarif « raisonnable ».
La Sécurité sociale notifie à l'assuré un refus quand le montant est trop important.

Les pièces à joindre à la demande :

- imprimé réf.8101, à retirer au centre CPAM et à compléter,
- notification de l'accord de la Sécurité sociale,
- devis ou facture de la prothèse,
- justificatif du tarif de remboursement de la mutuelle,
- prise en charge dans le cadre de la carte Paris Santé, notification du CCAS (accord ou refus),
- avis d'imposition,
- quittance d'EDF, quittance loyer,
- justificatifs des revenus (fiches de paie, ASSEDIC, prestations familiales, etc.).

L'aide financière est versée directement au praticien, le délai de réponse de la CPAM est de 1 à 3 mois (plus le montant demandé est important plus le délai d'attente est long) ; certaines demandes peuvent être traitées en urgence si cela est justifié.

4. L'aide médicale

La prise en charge des soins, prothèses dentaires et orthodontie dans le cadre de l'aide médicale est soit partielle pour les assurés sociaux soit totale pour les non assurés sociaux. Elle relève soit du conseil général soit de l'État selon le type de domiciliation des personnes.

Aide médicale partielle :

(FT : Aide médicale, p. 99)

- en complément du remboursement de la Sécurité Sociale (ticket modérateur),
- accordée pour un an,
- fonctionne comme une mutuelle (tiers payant),
- sous forme d'une carte à Paris (carte Paris Santé),
- permet une prise en charge des soins en ville et à l'hôpital.

Aide médicale totale :

(FT : Aide médicale, p. 99)

Aide médicale départementale :

- s'adresse aux personnes domiciliées dans le département,
- se présenter au CCAS de son lieu de résidence,
- se présente sous forme de feuilles de soins,
- pour les prises en charge des prothèses et orthodontie : une entente préalable plus un devis sont à adresser au CCAS,
- pour les dépassements, le secteur associatif (associations caritatives, associations d'aide aux malades, etc.) peut être sollicité pour une aide financière.

Aide médicale de l'Etat :

- s'adresse aux personnes sans domicile fixe, domiciliées au sein d'une association agréée,
- se présente sous forme d'un feuillet de soins de couleur rose, dans l'attente de l'instruction du dossier, puis notification d'admission à l'aide médicale,
- pour les prothèses, adresser le devis à la DASS,
- les dépassements peuvent être pris en charge par le fonds de secours de la DASS sous réserve d'en effectuer la demande.

Insertion et orientation socio-professionnelle

L'aide à l'insertion professionnelle

De la part de l'usager, il s'agit de fournir l'effort de l'action vers un but différé et ne plus se situer dans la recherche de la satisfaction immédiate d'un désir ou le « tout, tout de suite ». Il doit se préparer à modifier ses habitudes.
De la part du professionnel, il s'agit en premier lieu de faciliter la relation de confiance, de prendre en compte l'état psychologique de chaque personne : l'angoisse de la maladie et la mort, la douleur et la culpabilité liées au décès de proches, les tendances dépressives, l'isolement, la dévalorisation de soi…

N.B. : une orientation vers un autre professionnel tel un psychothérapeute peut s'avérer nécessaire parallèlement.

Préparer concrètement l'insertion professionnelle c'est proposer un cadre de travail : heures de rendez-vous, outils de bilan, réflexion et mise par écrit, entretiens.
Deux objectifs sont poursuivis parallèlement :

- une reprise de la confiance en soi et en ses capacités à réfléchir, à échanger et à envisager de nouveaux projets,
- une réappropriation de la capacité à respecter les engagements pris.

La demande des personnes

Elles se présentent dans un désir de changement, d'occuper le temps autrement pour ne plus s'ennuyer, pour être moins portées à reprendre la toxicomanie ou pour réduire plus facilement leur consommation d'alcool. Le souhait d'exercer un métier nouveau apparaît chez certains pour mieux « tourner la page ». Conjointement naît l'idée de se former.
Quelques-uns viennent aussi dans l'urgence pour régler leur loyer ou rendre plus clément un jugement proche.
Certains n'ont pas clairement sérié leurs ordres de priorités : logement précaire, absence de pièces d'identité, CAF localisée dans un autre département, problèmes dentaires, retour à l'emploi…
D'autres sont encore en grande dépendance aux benzodiazépines, à la cocaïne (et envisagent difficilement de perdre les bénéfices du produit) ou bien très fragiles face à l'alcool.
Ils présentent souvent un fort sentiment d'échec et de dévalorisation de soi : « je me sens complexé d'être un ancien toxico, si je vais en formation, j'aurai honte que les autres apprennent que j'ai été toxicomane », et les larmes aux yeux : « Je ne voudrais plus retomber dans l'échec. »

La progression n'apparaît pas toujours immédiatement alors que le travail de maturation est en cours. Les bénéficiaires se chargent aussi de pointer l'évolution : « Vous avez remarqué, maintenant j'arrive à l'heure aux entretiens. » Les personnes sont plus ou moins lucides quant à l'importance des obstacles à surmonter. Le refus de prendre en compte les problèmes apparaît dans les propos ou les conduites « je suis prêt à commencer un stage » : propos d'une personne assommée par l'absorption de somnifères depuis plusieurs semaines.
Dans ces cas, le travail de concertation avec les référents médico-sociaux peut être bénéfique : il est cependant de longue haleine.

Les démarches pour l'emploi et la formation

Il s'agit de proposer, d'informer, d'expliquer, reformuler…et d'écouter, faire expliciter les problèmes d'insertion professionnelle rencontrés, problèmes que l'on n'a parfois pas imaginés.
On n'approche la réalité intérieure d'une personne que dans l'écoute et la confiance qui prend aussi du temps à s'instaurer.
Les efforts à fournir pourraient sembler mineurs, ils sont souvent banalisés : « écrire un CV, ce n'est pas la mer à boire » ou « avec un peu de volonté on va à l'ANPE »… Cependant, ces actes peuvent être en grand décalage avec ce dont les personnes s'imaginent réellement capables. Elles peuvent les associer à un fort sentiment d'humiliation et de frustration : « ils vont me faire attendre 2 heures pour rien, il n'y aura pas de travail ».
Certaines actions peuvent leur sembler impossibles à réaliser. La passivité constitue alors un moyen de se protéger des ressentis que la personne ne se sent pas prête à supporter. Il s'agit pourtant de les aider à dépasser ces obstacles pour atteindre leurs objectifs, et cela au moment approprié.
S'inscrire dans une démarche de recherche de formation ou d'emploi demande un minimum d'organisation : noter et chercher à honorer ses rendez-vous constituent des étapes importantes.
Les différents professionnels mènent un travail conséquent pour aboutir à une plus grande autonomie de l'usager. Cet effort indispensable porte progressivement ses fruits. Un des problèmes essentiels du travail de ces professionnels consiste aussi en la recherche de prévention des « rechutes » et en un étayage de ce qui commence à se construire.

L'usager et son insertion

La demande d'aide n'est pas toujours exprimée. Les personnes éprouvent souvent des difficultés à s'approprier leur projet et leur parcours. Certaines d'entre elles ne mènent pas leurs démarches bien que comprenant leur utilité. Elles agissent parce qu'on leur a parlé de mener telle ou telle action (sachant bien sûr que les propositions sont faites en fonction des situations et des souhaits des personnes).

L'impression de « devoir faire » pour être pris en compte, apprécié, exister aux yeux de quelqu'un, engendre parfois chez les usagers des séries d'actions plus ou moins fébriles et non-organisées. Ils se sentent alors en situation de rendre des comptes au professionnel qui les reçoit : « Vous n'allez pas être content, je n'ai rien fait cette semaine. » Chez certains existe aussi un sentiment d'être en dette vis-à-vis du professionnel et d'avoir à « fournir de l'action » pour en faire « cadeau » à celui qui les accompagne dans un parcours dont ils commencent à voir le sens.

Nombre de personnes reçues ont aussi le désir de réussir, de prouver qu'elles sont capables, et de montrer à ceux qui les ont accompagnés dans leur progression qu'ils ont cru à juste titre en leur potentiel.

Quelques points clefs

Le fait de se « sédentariser » auprès d'un employeur et à un poste précis, crée de l'appréhension chez des personnes qui s'attachent difficilement.

La motivation financière est très relative : certains demandeurs sont accoutumés à vivre sur un train de vie bien supérieur à celui auquel ils peuvent accéder avec un emploi rémunéré au SMIG. La prise en compte d'un tel changement est essentielle pour une insertion professionnelle.

Il y a aussi un très fort besoin de ne pas être soumis à l'arbitraire, de comprendre le bien fondé des règles à respecter.

Par ailleurs, la restauration de leur confiance en eux passe par une reconnaissance des efforts de travail fournis de la part de la hiérarchie.

Critères d'évaluation lors d'un entretien pour une insertion professionnelle

Le suivi des prescriptions de traitements de substitution et le détachement de la toxicomanie permettent aux personnes d'envisager progressivement des projets de vie. Ils entraînent aussi un fort changement de la perception du temps. Ce dernier n'est plus consacré à une recherche en urgence de produits et d'argent. Un besoin d'occuper autrement le temps libre se manifeste, apparaît aussi le souhait d'exercer un métier. Comment répondre à cette demande ?
Avant toute proposition de solution, il est essentiel d'examiner la situation de la personne et d'évaluer les ressources dont elle dispose pour sa progression.

Sa motivation : dans sa force et sa nature :
- besoin d'argent pour vivre,
- projet de vie de couple,
- projet d'enfant,
- désir ou obligation de prendre ou changer de logement,
- éviter une réincarcération,
- rompre avec le désœuvrement ou avec l'isolement,
- réduire la tentation de reprendre des produits,
- se sentir utile,
- trouver une place socio-professionnelle,
- faire plaisir ou éviter la sanction (juge d'application des peines, du responsable du foyer qui l'héberge, de sa famille, mère, conjoint...),

Sa tonicité : sa capacité à :
- (re)devenir actif,
- répondre à des exigences nouvelles,
- se lever tôt le matin,
- se rendre dans un lieu nouveau,
- « faire ses preuves » face à des personnes inconnues qui vont observer son comportement, son travail,
- s'adapter devant des tâches nouvelles,
- avoir le désir d'apprendre,
- avoir confiance en soi...

Son état de santé : sans se substituer au médecin, il est bon de se poser quelques questions avant d'accompagner un patient dans l'élaboration et la réalisation d'un projet professionnel : il s'agit d'éviter de grosses erreurs d'orientation dont les conséquences peuvent briser pour longtemps la dynamique amorcée.
- La personne peut-elle travailler à plein temps, ou de préférence à temps partiel ?
- Y a t-il des activités qu'il ne serait pas souhaitable médicalement que la personne exerce (telles de la manutention lourde, une cadence de travail très soutenue ou un contexte professionnel très stressant) ?
- Sa résistance physique ?
- Ses capacités de concentration, sa vigilance semblent-elles suffisantes pour mener l'activité choisie ?

Sa sociabilité, en l'occurrence son aptitude à :
- entendre les règlements,
- à respecter les consignes de la hiérarchie et les conseils fournis,
- l'acceptation de la présence de pairs et du travail en équipe doit également être prise en compte,
- il s'agit de chercher à considérer à leur juste place la violence ou l'agressivité potentielle ainsi que les risques de passage à l'acte dans des situations frustrantes.

Son capital formation et experience professionnelle :
- niveau d'études,
- emplois exercés et durée de ceux-ci,
- savoirs-faire y compris extra-professionnels.

Ses goûts et besoins professionnels :
- à quels métiers, quelles conditions de travail, quel contexte relationnel la personne peut-elle faire face ?

L'hébergement d'urgence

L'hébergement d'urgence, comme son acception l'indique, est normalement un hébergement disponible rapidement (le soir même de la demande, dans la semaine mais aussi, parfois dans la quinzaine de jours à venir en raison du manque de place).
Ce type d'hébergement est à durée variable. Il peut être d'une nuit ou de six mois suivant les structures.
Il existe différents types d'hébergements d'urgence selon qu'ils soient spécialisés dans la prise en charge des usagers de drogues ou non.

Hébergements spécialisés UD ou ex-UD

Peu nombreux, ils ne peuvent dès lors répondre à toutes les demandes, d'où la nécessité d'avoir un réseau confirmé non spécialisé.

- L'hébergement collectif

Le « sleep-in », structure parisienne, accueille, après « réservation » téléphonique et contre une participation de 10 francs par nuit, tous les usagers de drogues. C'est une structure dite « bas seuil » avec échangeur de seringues à l'entrée qui n'est guère adaptée aux ex-UD.
La demande (par l'UD ou un travailleur social) est à réitérer chaque jour.
D'autres types de foyers **gratuits,** alignés sur le modèle des structures non spécialisées, sont à disposition mais sont embolisées par le nombre de demandes. Certains ont donc adopté la solution des listes d'attente.

- Les nuitées d'hôtels

Certaines associations (comme Horizons) peuvent financer quelques nuits à l'hôtel. Ce système est plus apprécié des UD ou ex-UD car ils se trouvent seuls dans une chambre et peuvent y rester la journée.

Pour connaître les ressources locales sur votre département, interroger **Drogue Info Service.**

Hébergement non spécialisé en toxicomanie

Nombreuses sont les associations spécialisées dans le VIH qui accueillent les personnes sous traitement de substitution (ou abstinent) si, bien entendu, elles sont touchées par le VIH. Elles financent généralement des nuitées d'hôtel tout comme certaines associations de sortants de prison.
Les associations pour personnes sans domicile ou le Samu Social sont également à disposition.
Notons que pour des personnes ayant une pathologie bénigne ou nécessitant des soins type pansements, le Samu Social dispose de lits infirmiers coordonnés par une équipe médicale, infirmière et sociale. La demande d'admission doit être négociée par un médecin si possible.

Centres d'hébergement et de réadaptation sociale (chrs)

Ils accueillent des personnes et des familles en grande difficulté qui sont privées de logement. Les CHRS n'ont pas pour seule vocation l'accueil en urgence mais aussi un hébergement avec un soutien à la réinsertion sociale concernant le logement, le travail, l'accès aux soins et la citoyenneté.
L'hébergement dans les CHRS est limité et à une durée qui varie en fonction de la structure et du département.
Un travail pour promouvoir l'autonomie de la personne est effectué de concert avec les services de droit commun existants (services sociaux, médicaux, etc.), et quand des enfants sont accueillis, avec la PMI, les crèches, les écoles, etc.

Les centres d'accueil d'urgence

Renseignez-vous auprès de la DASS et de la Préfecture de votre département pour connaître la liste et les modalités d'accès à ces offres.

Les établissements maternels

Les centres maternels ont pour mission l'accueil et le soutien matériel et psychologique des femmes enceintes et des mères isolées en difficulté avec des enfants de moins de trois ans. Ils sont sous la compétence des départements et financés par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).
Sur place des professionnels qualifiés (éducateurs, psychologue, spécialistes de la petite enfance) travaillent en partenariat étroit avec les services de droit commun compétents : PMI, crèches, services sociaux et médicaux.
La mère et les enfants bénéficient d'un accompagnement approprié, ces établissements peuvent aussi accompagner un projet de d'insertion professionnelle. La dimension projet d'insertion sociale et familiale est largement prise en compte.

Les hôtels sociaux

Les hôtels sociaux s'adressent en priorité aux personnes qui sont entrées dans un processus d'insertion sociale, ils ont surtout vocation d'être un lieu d'hébergement à durée limitée dans l'attente de l'obtention d'un logement individuel.
En principe aucun suivi social n'est effectué dans ces établissements. Par conséquent, des personnes très désocialisées pourraient s'en voir refuser l'accès.
En l'absence de d'autres solutions d'hébergement faute de place ou du fait de délais très importants, ils peuvent être sollicités, mais dans la limite de leur compétences.

Le Samu Social ou 115

Le Samu Social, dispositif parisien a été créé en 1993 puis s'est étendu sur le territoire français.
La mission du Samu Social de Paris a pour objet, comme l'indique article 1 de sa Convention Constitutive, « d'aller à la rencontre des personnes qui, dans la rue, paraissent en détresse physique ou sociale et de répondre aux appels téléphoniques concernant les personnes sans abri. Le Samu Social de Paris peut leur proposer une orientation soit vers un lieu de soins médicaux ou infirmiers, soit vers un lieu d'hébergement d'urgence, soit vers un lieu d'accueil de jour.
Il effectue le cas échéant leur transport puis s'assure de leur prise en charge sanitaire et sociale dans ces lieux. »
Comment y accéder :
Les personnes sans domicile peuvent directement en composant le numéro d'urgence (115) faire appel au service du Samu Social. Les permanenciers téléphoniques qui régulent 24 h/24 h, ces appels opéreront une orientation en fonction de la situation présentée.
Il est également possible, en tant que professionnel, de solliciter directement le Samu Social soit en hébergement soit en lit infirmier si la personne nécessite du repos, des pansements, des soins pour un épisode infectieux aigu... Pour obtenir un lit infirmier il est nécessaire qu'un médecin contact directement le médecin régulateur du Samu Social afin d'expliquer la situation somatique de la personne.
Attention : les lits infirmiers du Samu Social n'ont pas l'équipement logistique et humain d'un service hospitalier. Le patient ne doit donc pas relever d'un service d'hospitalisation !
De nuit, le dispositif se complète grâce à l'intervention de la Maraude. Ce sont des équipes mobiles d'aide qui sont composées :

- d'un conducteur,
- d'un infirmier,
- d'un travailleur social.

La Maraude sillonne les rues afin d'aller au devant des personnes les plus démunies. Suivant le diagnostic infirmier et l'évaluation sociale, la personne sera orientée soit vers un service médical d'urgence, vers un lit infirmier, soit vers une structure d'hébergement ou enfin vers un service de psychiatrie de secteur.
S'il n'y a aucune urgence vitale ou de situation de danger, la personne est libre de refuser l'hébergement qui lui est proposé.
A Paris, il existe 5 centres d'hébergement d'urgence simple du Samu Social soit au total 394 places auxquelles viennent s'ajouter d'autres « lits » mis à disposition par des associations.
Les centres d'hébergement d'urgence pour soins infirmiers sont au nombre de 4 et représentent 230 lits.

En résumé

Selon la demande du patient, 3 types de réponses :
1. Hébergement collectif spécialisé UD
Il permet non seulement de trouver un toit pour quelques nuits, mais aussi de l'orienter sur une équipe spécialisée et pluridisciplinaire qui sera à même de faire une évaluation médico-sociale
2. Nuitées d'hôtel
Elles permettent à la personne d'être autonome. L'encadrement est de facto moins important que dans un foyer.
3. L'hébergement collectif non spécialisé
Le seul critère commun a tous les hébergés est le fait qu'ils soient à la rue. La réponse est très souvent uniquement sociale et ciblée « SDF en grande précarité ». Il est donc nécessaire que la personne soit orientée vers une équipe spécialisée si ce n'est déjà fait.

Points de vigilance :

- Il est préférable que la recherche d'une place d'hébergement soit effectuée par une assistante sociale.
- Certaines personnes sous traitement de substitution refusent d'intégrer un hébergement qui n'accueillent que des UD ou des ex-UD. C'est une demande à entendre, s'il existe d'autres types de structures d'accueil.
- De façon quasi systématique, les associations non spécialisées dans la prise en charge des UD acceptent l'hébergement mais demandent à ce que le suivi médical et souvent social soit entrepris par le professionnel par qui la demande émane.
- L'hébergement d'urgence n'est donc que ponctuel. Il est donc indispensable que le travailleur social qui oriente la personne puisse prévoir un projet post hébergement d'urgence avec l'intéressé. Par ailleurs, certaines structures le demandent avant toute admission.
- Si c'est un professionnel hors champ social qui oriente le patient, il est indispensable que ce dernier prenne rapidement contact avec le travailleur social de la structure accueillante, s'il n'a pas déjà un travailleur social référent.
- Paradoxe : bien que ces structures soient spécialisées dans l'urgence, certaines demandent un ou plusieurs entretiens avant d'intégrer le foyer. **Renseignez-vous !**

Allocation de parent isolé et allocation pour jeune enfant

Allocation de parent isolé (API)

L'allocation de parent isolé (API) est une allocation de ressources destinée au parent qui vit seul avec au moins un enfant (né ou à naître) et qui a des ressources très faibles.

Conditions d'attribution :

- Être enceinte ou avoir au moins un enfant à charge.
- Vivre seul(e) ou dans sa proche famille, en centre maternel ou dans un centre d'hébergement.
- Avoir disposé d'une moyenne mensuelle de ressources durant les trois derniers mois qui est inférieure au montant maximal de l'allocation de parent isolé (variable selon le nombre d'enfants à charge).
  Pour évaluer les ressources de la personne, la CAF prend en compte : les revenus d'activités (avant abattements fiscaux), les indemnités de maladie et les allocations Assedic, les pensions de retraite, les rentes, les pensions alimentaires perçues et les prestations familiales (sauf l'allocation d'éducation spéciale, l'allocation de rentrée scolaire, et l'allocation pour jeune enfant jusqu'au troisième mois de l'enfant).

Montant

Le montant de l'API perçu correspond à la différence entre la moyenne mensuelle des ressources et le montant maximal de l'API.
Si la personne bénéficie déjà d'une aide au logement ou si elle n'a aucune dépense de logement : un forfait logement est déduit du montant de l'API.

Durée de versement

- L'API est versée dès le mois de la demande, tous les trois mois après retour par courrier d'une déclaration trimestrielle de ressources, la CAF réexamine les droits de la personne à l'API.
- Si l'API est demandée dans un délais de six mois après le décès, le divorce ou la séparation, la CAF peut verser l'API pendant douze mois de suite ou jusqu'au mois précédant le troisième anniversaire du plus jeune enfant, si cela est plus favorable à la personne.
- L'API qui est demandée après plus de six mois d'isolement prend fin (au plus tard) au bout de dix-huit mois d'isolement ou juste avant le troisième anniversaire du plus jeune enfant.
- Il est possible de cumuler tout ou partie de son allocation avec des revenus tirés d'une nouvelle activité professionnelle ou d'une formation professionnelle.

N.B. : les bénéficiaires de l'API ont droit automatiquement à l'assurance maladie – maternité gratuite s'ils sont sans couverture sociale.

L'allocation pour jeune enfant (APJE)

L'allocation pour jeune enfant (APJE) est une aide destinée aux familles dont les revenus sont modestes, elle est versée dès le premier enfant, à partir du cinquième mois de grossesse et jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant.

Conditions d'attribution

- La grossesse doit être déclarée dans les quatorze premières semaines à la CAF et à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont dépend la future mère.
- Les 7 examens médicaux de prévention obligatoires pendant la grossesse et les 3 examens prévus après la naissance de l'enfant doivent être effectués.
- Les ressources de l'année fiscale précédente de la famille ne doivent pas dépasser le plafond correspondant à sa situation (se renseigner des plafonds en vigueur auprès de la CAF). Le plafond est plus élevé si la personne vit seule ou si elle vit en couple et que le couple dispose de deux revenus (ne sont pas compris les revenus de remplacement telles les indemnités journalières, les indemnités de chômage…).

Montant et durée

L'APJE est versée à partir du cinquième mois de grossesse jusqu'au mois précédant le troisième anniversaire de l'enfant si les conditions sont toujours remplies.

N.B. : il est possible de cumuler plusieurs APJE dans deux cas :

- Pendant une nouvelle grossesse et jusqu'au troisième mois du nouveau-né ;
- En cas de naissance multiple (jumeaux, triplés ou plus) pendant la grossesse et jusqu'au troisième anniversaire des enfants.

Tutelle aux prestations sociales (TPSE et TPSA)

La Tutelle aux prestations sociales (TPS) a été mise en place en premier lieu par la Caisse d'Allocations Familiales face au constat que certaines familles ne faisaient pas bon usage des prestations sociales.

Il existe deux types de tutelles aux prestations sociales :
La Tutelle aux Prestations Sociales Familiales dite Tutelle aux Prestations Enfants (TPSE) et la Tutelle aux Prestations Sociales adulte (TPSA) dont les fondements sont fixés par la Loi n° 66774 (Code de la Sécurité sociale) du 18 octobre 1966. Cette loi a pour objet, par l'intermédiaire de la gestion des prestations familiales ou sociales, **l'exercice d'une action éducative et d'accompagnement social auprès des familles ou adultes momentanément en difficulté.**
Dans certains départements c'est la CAF qui, dotée de personnel compétent, se charge de gérer les TPS, dans d'autres ce sont des associations habilitées.
La CAF ou l'association habilitée n'est pas le tuteur de la personne mais le tuteur des prestations sociales. Le mandat TPS consiste en un accompagnement éducatif qui préserve la capacité juridique de la personne.
Le délégué à la tutelle travaille avec la famille et l'adulte mais aussi auprès des partenaires sociaux ou judiciaires, il peut être amené à négocier avec des créanciers, et il travaille en partenariat avec la CAF, la PMI, les services AEMO, la COTOREP, les magistrats, les CHRS, les hôpitaux, associations, etc.

N.B. : le décret d'application de la loi du 25 avril 1969 prévoit l'utilisation des prestations dans l'intérêt des enfants ou de l'adulte et l'exigence, envers le tuteur, d'un travail éducatif de qualité, orienté vers la réhabilitation des personnes.

Qui peut prononcer une mesure ?

a) Le signalement : les personnes pouvant signaler les situations sont prévues par la loi, elles sont en principe d'abord :

- le bénéficiaire des prestations familiales lui-même,
- puis son conjoint (à moins que la communauté de vie n'ait cessé entre eux),
- ses ascendants,
- ses descendants,
- ses frères et sœurs,
- le préfet,
- les organismes ou services débiteurs des prestations sociales,
- le directeur régional de la Sécurité sociale,
- l'inspecteur divisionnaire des lois sociales en agriculture,
- le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale,
- le procureur de la république,
- toute personne, autorité, organisme ou service, autre que le directeur départemental de l'action sanitaire et sociale qui prend l'initiative de saisir le juge doit en informer immédiatement le directeur départemental qui fait connaître son avis au juge compétent.

En pratique : c'est souvent un service social qui transmet le signalement au juge, ou au procureur de la république.

b) L'audience

- le juge peut d'office ouvrir la tutelle,
- le magistrat, après avoir rassemblé tous les documents utiles, convoque le bénéficiaire des prestations sociales ou l'adulte,
- il prend alors une ordonnance et la motive,
- le juge désigne le tuteur, personne physique ou morale,
- le juge peut à tout moment, soit d'office, soit à la demande de l'intéressé, demander que les comptes de la tutelle lui soient produits et s'informer de la situation sociale de la famille ou de l'adulte.

c) Les décisions, notifiées et susceptibles d'appel dans les 15 jours, sont prises pour une durée déterminée, éventuellement renouvelable.
Les décisions sont exécutoires, c'est-à-dire exercées tant que le demandeur n'est pas débouté.

1. La Tutelle aux Prestations Sociales Familiales dite Tutelle aux Prestations Enfants (TPSE) est une mesure judiciaire de protection de l'enfance, prononcée par le juge pour enfant, qui met sous tutelle les prestations familiales lorsque celles-ci ne sont pas employées dans l'intérêt des enfants.

L'objectif du tuteur dans le cadre de la TPSE est de gérer les prestations sociales soumises à la mesure de tutelle dans l'intérêt des familles en exerçant une action éducative en vue d'un retour à l'autonomie.

Les prestations concernées :

- allocations familiales,
- allocation parent isolé,
- complément familial,
- allocation jeune enfant,
- allocation parentale d'éducation,
- allocation soutien familial,
- allocation logement,
- allocation de rentrée scolaire,
- allocation d'éducation spéciale.

L'action éducative : le délégué à la tutelle travailleur social spécialisé accorde une priorité dans son action éducative « budgétaire ». Il apprend aux familles à gérer les prestations familiales dans l'intérêt des enfants. Cela concerne les postes : logement, alimentation, scolarité, santé, habillement et loisirs. Il s'agit de percevoir les prestations et les gérer avec les parents dans l'intérêt des enfants, favoriser l'organisation budgétaire en vue d'une autonomie, aider à l'ouverture et au maintien à la restauration des droits, et proposer un soutien dans l'éducation des enfants.

2. La Tutelle aux Prestations Sociales adulte (TPSA) est une mesure de protection à durée déterminée, et à caractère individuel, de la compétence du juge des tutelles. Elle protège certaines prestations versées à des adultes lorsque celles-ci ne sont pas utilisées dans l'intérêt des bénéficiaires.

L'objectif du tuteur dans le cadre de la TPSE est de gérer les prestations sociales soumises à la mesure de tutelle dans l'intérêt de l'adulte en exerçant une action éducative en vue d'un retour à l'autonomie. Cette tutelle s'adresse à des personnes en rupture familiale, sociale, affective et économique qui peut conduire à une exclusion souvent rapide et généralement profonde.

Les prestations concernées :

- allocation adulte handicapé,
- allocation compensatrice,
- allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité
- allocation d'aide sociale,
- certains avantages vieillesse soumis à condition de ressources,
- pension d'invalidité sous certaines conditions,
- RMI sous certaines conditions.

L'action éducative doit associer la personne à la construction d'un projet de vie grâce à un accompagnement social personnalisé et adapté. La gestion des prestations concerne les postes : logement, alimentation, santé, habillement et loisirs.

Mesure jeune majeur

Réf. Décret n° 75-96 du 18 février 1975 fixant les modalités de mise en œuvre d'une action de protection judiciaire en faveur de jeunes majeurs. Code civil, Article 488.

La mesure Jeune Majeur donne la faculté au jeune majeur de demander au juge des enfants la prolongation ou l'organisation d'une action de protection judiciaire à son égard.

Qui y a droit : toute personne majeure **de moins de 21 ans** ou tout mineur émancipé qui éprouve de graves difficultés d'insertion sociale.

Les modalités

Le juge des enfants peut alors prescrire, **avec l'accord de l'intéressé,** la poursuite ou la mise en œuvre, à son égard, d'une ou plusieurs des mesures suivantes :

- observation par un service de consultation ou de milieu ouvert,
- action éducative en milieu ouvert,
- maintien ou admission dans un établissement spécialisé assurant des fonctions d'accueil, d'orientation, d'éducation ou de formation professionnelle (dont frais d'hébergement et prise en charge des frais courants d'éducation).

Le juge confie l'exécution de la mesure soit à un service ou établissement public d'éducation surveillée, soit à un service ou établissement privé habilité.
Le juge peut, sous les mêmes conditions, modifier les modalités d'application de la mesure.
Un rapport est envoyé tous les trois mois au Juge par le service ou l'établissement chargé de l'exécution. Ce rapport informe du comportement du bénéficiaire. Le juge est prévenu immédiatement de tout événement de nature à entraîner la modification ou la cessation de l'action entreprise.
La mesure prend fin à l'expiration du délai fixé en accord avec le jeune ou lorsque celui-ci atteint l'âge de 21 ans. Il y est mis fin de plein droit à tout moment à la demande du jeune ou à l'initiative du juge.

Les frais

Les frais résultant des mesures intervenues en application de la mesure de protection judiciaire incombent à celui qui les a sollicitées (le jeune bénéficiaire), sauf la faculté pour le juge des enfants de l'en décharger de tout ou partie.
Les dépenses non supportées par le bénéficiaire sont imputées sur le budget du ministère de la Justice.

Les règles de la buprénorphine HD

Indications

Traitement de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le **cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique**.

Mode de prescription et de délivrance

- Peut-être prescrite en première intention par tout médecin, sur ordonnance sécurisée pour une période maximale de 28 jours.
- Ecrire le nom, prénom, sexe, âge, posologie, nombre d'unités thérapeutiques par prise, nombre de prises et durée en toutes lettres.
- Il faut noter après accord le nom du pharmacien sur l'ordonnance et le rythme de la délivrance. Il devra, sauf mention expresse de la part du médecin, délivrer le traitement par fractions de 7 jours.
- Si l'ordonnance est présentée plus de 24 h après sa date d'établissement, elle ne peut être exécutée que pour la durée du traitement restant à courir. En cas de chevauchement, il faut le mentionner.
- Faire des prescriptions courtes dans un premier temps jusqu'à la stabilisation.
- Il est recommandé de ne pas dépasser la dose de 16 mg/jour en une prise.
- Il ne faut l'associer ni aux opiacés ni aux codéines ni au dextropropoxyphène et laisser un laps de temps de 4 h minimum entre l'héroïne ou la codéine et la buprénorphine HD, et 24 h minimum après la morphine LP ou la méthadone.
- Sa prescription doit se faire dans une prise en charge globale c'est à dire en s'entourant d'un réseau de proximité.

Méthadone, mode d'emploi

Indications

Traitement de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.

L'admission en centre méthadone

Chaque centre méthadone, de même que chaque lieu de cure ou post-cure, fait ses propres choix en matière de prise en charge et de composition d'équipe, de cursus d'admission (1 à 4 entretiens, liste d'attente plus ou moins longue), de durée (très variable) de prise en charge avant passage en médecine de ville. **Il e**st im**portant** de bien connaître les pratiques du centre où l'on pense orienter un UD car elles forment le cadre où il se stabilisera et s'épanouira si ce cadre correspond à ses besoins. A contrario, si ce cadre demande des repères (temps, espace...) et des démarches qu'il n'est pas encore en mesure de suivre, il échouera avant admission ou se heurtera vite à l'équipe. De fait, certains SDF (très dispersés ou désorientés...) ne peuvent honorer plusieurs RV de suite, même si leur venue au quotidien au centre ne fait pas de doute quand la méthadone et l'obtention d'un hébergement (par exemple) abaisseront angoisse et confusion.

Pratique du centre méthadone

Après consultation du médecin du centre et parfois de l'infirmier, de l'assistante sociale et de l'ensemble de l'équipe, la délivrance sera d'abord quotidienne et, au bout d'un certain temps, bi-quotidienne ou plus élargie, et elle se fera par l'intermédiaire des infirmières. Les contacts réguliers sinon quotidiens permettront un suivi médical, psychologique et social (rendez-vous organisés avec l'assistante sociale).

Même si chaque centre a ses spécificités, son histoire et ses références propres, la prescription de méthadone obéit à des règles qui sont édictées dans l'AMM et qui se résument à :

- prescription initiale de 40 mg par exemple un lundi matin avec séjour dans le centre toute la journée,
- ajustement de 10 en 10mg ou de 20 en 20 mg pendant la journée, afin de combler un état de manque possible au cours de l'après-midi.
- le lendemain, mardi, reprise de la dose globale de la veille et ajustement de 10 en 10 mg au cours de la journée,
- ainsi de suite, chaque jour, jusqu'à une possible dose stable dont l'efficacité ne pourra être évaluée qu'après une bonne dizaine de jours.

Le médecin restera le seul décideur de l'augmentation des doses et de la détermination de la dose de stabilisation, mais pourra déléguer sa responsabilité aux soignants, principalement aux infirmiers qui habituellement ont une grande marge d'initiative.

Certains centres fonctionneront rapidement avec une proposition de psychothérapie et/ou de suivi social au fur et à mesure des passages du patient.

La sortie du centre

L'autorisation de mise sur le marché (AMM), pour le passage d'un centre spécialisé à un médecin de ville, s'effectue à trois conditions :

- la capacité du malade à gérer de façon autonome son traitement,
- une posologie stabilisée,
- une réelle abstinence de l'héroïne.

Ces trois conditions – relativement floues – restent à l'appréciation du médecin et de l'équipe du centre spécialisé. Les pratiques à cet égard sont hétérogènes : certains centres ont tendance à garder leurs patients pendant un temps certain, alors que d'autres passent le relais à la médecine de ville très rapidement.

En ce qui concerne la sortie :

On observe des estimations très divergentes de la stabilisation, d'où un délai plus ou moins long avant le passage en médecine de ville. On voit aujourd'hui certains MG qui hésitent à proposer un traitement méthadone, bien que celui-ci serait indiqué, du fait du peu de places dans la majorité des centres (peu de *turn over*) et du fait du retour difficile en médecine de ville.

Place et rôle de l'assistant social dans un centre méthadone

Rompant avec des années de pratiques dans le champ français de la toxicomanie, où la question sociale était remise à « plus tard » (c'est-à-dire après sevrage), presque tous les centres méthadone ont aujourd'hui un assistant social : les conditions sociales, familiales, professionnelles, sont prises en compte ; leur amélioration faisant partie du traitement qu'elle favorise.

Cependant, la place et le rôle des travailleurs sociaux diffèrent d'un centre à l'autre, certains privilégiant la prise en charge somatique et/ou thérapeutique, d'autres une prise en charge globale, incluant la dimension sociale de l'usager. Ainsi son travail sera plus ou moins soutenu ou reconnu par le reste de l'équipe médicale.

Conduite à tenir lors d'un premier entretien avec un UD

Les premiers contacts entre le toxicomane et le médecin généraliste

L'essentiel de la relation future entre le généraliste et toxicomane se joue lors des premières consultations. Le toxicomane peut se présenter à une consultation avec l'idée qu'il pourra obtenir un produit (dont la symbolique est peu différente de la drogue) auprès d'un prescripteur (peu différent de son dealer habituel…).

L'obtention d'un produit qui doit le soulager l'emporte sur toutes les considérations qui sont celle du médecin : diagnostic et évaluation de la toxicomanie, arrêt de l'héroïne, bilan de santé, suivi psychologique, etc. Il faut donc avoir un programme de prise en charge sur plusieurs consultations, avec une répartition des objectifs sur une période de plusieurs consultations dans un temps donné.

Dans la toute première consultation d'un héroïnomane actif

Ce qu'il faut faire :

- **Faire une première consultation rapide** si le toxicomane se présente dans **un contexte de manque** avec des douleurs multiples et une agitation. Rien ne sert de temporiser sauf à augmenter la pression.
- **Il faut répondre à la question :** s'agit-il véritablement d'un héroïnomane pharmaco-dépendant ?
  Comment le reconnaître : l'interrogatoire sera très précis sur les antécédents, les signes cliniques, la consommation de drogues, l'histoire personnelle, la marginalisation, les incarcérations. Parfois pour les injecteurs les traces de piqûres seront recherchées.
- **S'il s'agit d'un héroïnomane en manque, on peut prescrire** en urgence et à titre exceptionnel, un opiacé facile d'utilisation tel que la buprénorphine HD.*
- **Faire une délivrance immédiate** (trousse d'urgence) ou une prescription courte (maximum une semaine) avec une délivrance rapprochée y compris quotidienne par le pharmacien.
- **Prescrire une posologie moyenne** et revoir la personne entre un et trois jours après.

Avant qu'il ne prenne son traitement :

- **Vérifier qu'il n'a pas pris d'héroïne ou de codéine depuis au minimum 4 h, ni de méthadone ou de morphine depuis au minimum 12 h.**
- **Lui expliquer de prendre par voie sublinguale, comprimé par comprimé, la dose nécessaire pour qu'il aille bien et ne ressente plus le syndrome du manque.**
- Demander au pharmacien une délivrance quotidienne avec un entretien pour assurer le suivi de l'augmentation des doses.
- Le revoir au bout de 48 h à 3 jours.
- Vérifier l'ouverture des droits à l'assurance maladie, orienter vers l'aide médicale si besoin.
  - Demander à voir la carte de Sécurité sociale et vérifier si elle est en cours de validité.
  - Demander aussi si la Carte d'identité indispensable à toute démarche n'est pas perdue. Pour l'aide médicale, une adresse est nécessaire. S'il est SDF, l'orienter vers une association qui pourra faire une domiciliation.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- **Temporiser avec l'idée de vérifier la réalité de la motivation à arrêter l'héroïne** car elle est toujours « avouée » mais jamais élaborée dans cette période où le médicament prescrit est avant tout un produit, soit au mieux d'antalgie immédiate, soit recherché avec l'espoir d'effets morphiniques.
- **Prescrire sur une longue période** de la buprénorphine HD, ou pire, associée à d'autres benzodiazépines.
- **Laisser le toxicomane gérer seul ses médicaments** sans l'aide du pharmacien.

* Cette pratique n'est pas recommandée dans l'AMM

Conduite à tenir lors d'un second entretien avec un UD

Dès la seconde consultation (2 à 3 jours après)

Ce qu'il faut faire :

- **Vérifier que la posologie est correctement adaptée :** s'il y a surdosage, les effets secondaires décrits sont la fatigue et la somnolence.
- S'il y a sous dosage : état de manque ressenti par le patient lui-même : malaise, mal-être, douleurs diverses. Il faut alors adapter la dose de buprénorphine HD et passer à une dose supérieure.
- **Il faut communiquer avec le pharmacien** pour avoir son avis sur le traitement, le vécu du patient, l'observance. Le pharmacien apparaît comme le partenaire indispensable. Il est même plus proche que le médecin du patient au quotidien. Il aura même déjà rencontré la famille ou il sera le témoin des fréquentations du patient pas toujours recommandables. Il sera le confident au quotidien, pourra dépister un sous-dosage ou une anxiété majeur qui ne vous serait pas apparue.
- **Il faut s'assurer des démarches administratives et sociales effectuées** – qui auront du mal à être assurées les premiers jours avant stabilisation du traitement.
- **Commencer à établir le dossier médical et social,** mieux connaître son environnement immédiat : amis, famille, quartier et identifier les facteurs favorisants (un conjoint hors de la drogue et très présent) ou à risques de rechute (un ami dealer qui lui veut du bien...).
  Aborder son état de santé et spécialement ses antécédents psychiatriques qui peuvent peser lourdement sur la prise en charge.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- **Relâcher l'encadrement initial trop rapidement.** Il faut maintenir des prescriptions courtes et des délivrances rapprochées par le pharmacien. Pas de polyprescriptions d'autres psychotropes immédiatement.
- **Croire que si les premiers jours se passent bien, c'est gagné dans la bataille contre l'héroïne ;** il est démontré qu'il faut parfois plusieurs semaines pour obtenir un arrêt constant de la consommation d'héroïne. Il faut dire que la rechute fait partie du suivi et qu'il faut en parler.

Conduite à tenir lors des consultations suivantes

Ce qu'il faut faire :

- **Assurer la transition entre la période de sevrage de l'héroïne** (qui peut durer quelques semaines) **et la période de stabilisation** (celle où la dose utile est trouvée et reconduite).
- **Vérifier que la buprénorphine HD est bien adaptée.** L'échec est possible. La stabilisation ne se fait pas. Le suivi est émaillé d'incidents : pertes des boîtes, surconsommation, polytoxicomanie, alcoolisation, rechute même courte de reprise de l'héroïne. **Il faut aller poser l'indication de la méthadone** et orienter son patient vers un centre spécialisé, seul habilité à en délivrer. Le suivi pourra être repris par la suite par le médecin généraliste pour le renouvellement de la prescription dès que la période de stabilisation sera atteinte.
- **Commencer le bilan de santé :** examen clinique, examen gynécologique pour les femmes, état de la dentition, sérologies de dépistage, autres dépendances : alcool, tabac, etc. L'examen clinique s'attachera à faire le point sur les antécédents médicaux (septicémies, endocardites) et chirurgicaux (abcès, accidents…). L'état d'hygiène est souvent déplorable. Il faut faire le tour de l'état de la peau (excéma, gale, surinfections de plaies) ; des dents souvent dans un état de délabrement avancé. L'examen gynécologique fera le tour des antécédents (grossesses, IVG, salpingites) et proposera une contraception et un frottis de dépistage.
- **La consultation sera aussi un moment de prévention et de dépistage.** Le préservatif et son mode d'utilisation devra être rappelé. Les sérologies de dépistage seront proposées après discussion sur leur importance : VIH et VHC sont les principales avec l'hépatite B. Mais l'accord du patient doit être obtenu. Le moment du dépistage du VIH doit être bien choisi : apprendre sa séropositivité longtemps niée n'est pas simple pour quelqu'un qui sort à peine de la galère de la drogue et dont le manque de confiance en lui-même est important.
- **Évaluer l'état psychique :** bilan d'une anxiété ou de crises d'angoisse, troubles du sommeil, état dépressif, passé psychiatrique (périodes d'hospitalisation, état délirants) y compris dans l'enfance. Commencer à parler de l'utilité d'un avis spécialisé.
- **Après l'évaluation sociale : dépister les problèmes non résolus d'accès aux soins,** d'allocations non demandées (RMI, Chômage, AAH), de logement (dettes, expulsions, ou précarité) ainsi que de formation professionnelle et d'insertion.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- **Laisser passer les consultations dans un suivi de routine** où la prescription sera l'essentiel de la consultation.
- **Accepter les détournements** toujours possibles : injection, distribution de comprimés parmi les proches.
- **Baisser les bras** si le suivi médical spécialisé n'est pas obtenu.
- **Négliger un état de solitude, d'isolement ou une véritable dépression** qui seront responsables de rechutes toujours possibles, de consommation de psychotropes comme les benzodiazépines, d'alcool ou de cocaïne.

Le contrat entre le médecin et son patient toxicomane

Jamais la notion de contrat n'aura autant été employée dans ce type de consultation si particulière. Notons qu'en médecine générale on pourrait parler de contrat dans bien d'autres situations : avec le patient alcoolique qui rechute sans cesse, avec l'hypertendu peu observant, le diabétique gourmand, avec la personne âgée devenue dépendante de son petit comprimé pour dormir.

Le toxicomane, il est vrai, est classiquement le premier à ne pas prendre de rendez-vous, à être toujours pressé comme un homme d'affaires, à détourner les prescriptions.

Et cela est passé dans les images et les clichés couramment employés depuis des années sur le sujet. Pourtant cette image est aujourd'hui, pour le toxicomane suivi en traitement de substitution, complètement dépassée.

Le toxicomane ainsi traité devient (presque…) un modèle de patient, toujours régulier, payant d'une manière ou d'une autre sa consultation…

La notion de contrat change donc beaucoup et il doit être équilibré :

- d'un côté, le patient ex-toxicomane s'engage à être suivi par le même médecin et le même pharmacien (dont le nom sera indiqué sur l'ordonnance sécurisée). La réinsertion est un processus qui demande beaucoup d'effort sur soi-même : accompagné par l'équipe médecin - pharmacien - travailleur social, le patient s'engage à effectuer toutes les démarches décidées conjointement ;
- de l'autre, le médecin s'engage à assurer la continuité des soins même en son absence car le traitement ne peut être interrompu brutalement sauf à risquer un état de manque. Il faut donc travailler en réseau.

Cadre légal des traitements de substitution

Les traitements de substitution sont l'une des modalités de prise en charge des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Deux médicaments : la méthadone et la buprénorphine HD ont cette indication. Ce sont des morphiniques ou dérivés de longue durée d'action ce qui favorise la stabilisation des posologies et améliore la situation des patients en termes de confort affectif, somatique et social.
Peu euphorisants (absence de flash réel), ces traitements impliquent une forte motivation du patient, dans le cas contraire il pourrait être amené à associer à son traitement d'autres produits (stimulants ou toxiques) ainsi que de l'alcool. Rappelons d'ailleurs que ces traitements ne sont pas efficaces pour des dépendances à d'autres produits comme les benzodiazépines, la cocaïne, le crack, les amphétamines.

Le projet thérapeutique
Ces traitements s'accompagnent d'un projet thérapeutique qui tient compte des difficultés psychologiques, médicales et sociales de chaque patient. Le profil du patient déterminera aussi le cadre de la prise en charge du traitement : le suivi sera effectué dans un cadre institutionnel (obligatoirement pour une primo prescription de méthadone) ou plus « souple » en médecine de ville. L'adhésion du patient à un contrat sera recherchée en termes de prise en charge globale (médico-psychologique et socio-éducative), d'acceptation des contraintes, de l'intérêt et des limites du traitement. L'équivoque, les non-dits pourraient mettre en péril le projet thérapeutique.
On admet couramment que le suivi en centre est plus particulièrement destiné aux patients qui présentent des troubles psychopathologiques importants et sont dans une situation de marginalisation sociale. Le suivi rapproché et un contact quotidien avec le personnel infirmier et social faciliteraient la compliance aux soins et l'insertion.

1. La buprénorphine haut dosage (BHD)

- Peut être prescrite en première intention par tout médecin, sur ordonnance sécurisée pour une période maximale de 28 jours : indiquer **en toute lettre** les noms, prénom du patient, le traitement avec les unités thérapeutiques et la durée.
- Il est recommandé de noter après accord le nom du pharmacien sur l'ordonnance et le rythme de la délivrance.
- Sans mention expresse, le pharmacien doit délivrer par période de 7 jours.
- Les règles du chevauchement s'appliquent comme pour tout stupéfiant.
- Le pharmacien, au-delà de 24 heures après la prescription, devra déconditionner le traitement.
- Il faut faire des prescriptions courtes dans un premier temps (7 jours maximum et pendant la période d'induction du traitement demander une délivrance quotidienne).
- Il est recommandé de ne pas dépasser la dose de 16 mg.
- L'initiation du traitement respectera la procédure suivante : 0,8 à 4 mg par jour puis un ajustement progressif jusqu'à un maximum de 16 mg par jour.
- Il ne faut l'associer ni aux opiacés ni aux codéines ni au dextropropoxyphène car c'est un agoniste partiel. Un délai entre la dernière prise d'opiacés et la première prise de buprénorphine HD doit être respecté : il est au minimum de 4 heures ou dès les premiers signes de manque.
- Sa prescription doit se faire dans le cadre d'une prise en charge globale c'est-à-dire en s'entourant d'un réseau de proximité.

2. La Méthadone.

- Son traitement doit être initié dans un centre spécialisé (liste des centres locaux disponible à la DASS) et est placé sous la responsabilité du médecin du centre.
- Sa prescription par un médecin de ville et sa délivrance par un pharmacien d'officine ne peut se faire que quand une certaine stabilisation a eu lieu.
- La prescription maximale est de 7 jours, et la délivrance peut être rapprochée si le pharmacien le souhaite.
- Les flacons de méthadone se présentent sous la forme de 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg sous la forme de sirop non injectable.

3. Le sulfate de morphine

- Est prescrit dans certaines conditions restreintes si les autres traitements ne conviennent pas et en attente d'un programme méthadone. Il faut avoir un accord écrit du médecin de la Caisse Primaire d'assurance maladie du patient-assuré après avoir rempli un protocole conjoint. La mention « accord avec le médecin conseil demandé » doit être indiquée sur l'ordonnance sécurisée.
- Obéit aux règles classiques des stupéfiants : prescriptions maximum de 28 jours, pas de chevauchements sauf mention spéciale, comptabilité très stricte des comprimés par le pharmacien.
- Est souvent l'objet d'injections : les comprimés de sulfate de morphine sont lavés de leur pellicule d'amidon, écrasés et dilués. Les micro-gélules sont encore plus faciles à injecter.

Selon les recommandations du Ministère de la santé, les morphiniques d'action rapide – dextromoramide et péthidine – et le sulfate de morphine n'ont aucune indication en matière de toxicomanie et peuvent être dangereux dans leur utilisation addictive permanente. Plusieurs décès ont été notés. Le sulfate de morphine ne constitue pas le traitement de substitution idéal et ne peut être prescrit sur une longue durée. Les candidats à ce type de traitement **non autorisé par l'AMM** en France auraient, dans un pays voisin comme la Suisse, droit à un programme d'héroïne injectable.

Le sevrage
Conférence de consensus

1. SEVRAGE

Modalités de sevrage

La loi du 31 décembre 1970 prévoit que les dépenses d'hospitalisation et de soins des toxicomanes sont à la charge de l'Etat dans le cadre d'un sevrage en établissement de santé. **Les soins sont donc anonymes et gratuits.**

Textes de références

- loi du 31 décembre 1970,
- décrets du 19 août 1971 et du 20 juillet 1977,
- circulaires DGS/SD du 2 octobre 1990 et DGS/DH du 7 mars 1994.

Les frais de séjour ne seront remboursés que sous certaines conditions :

1. Le sevrage doit obligatoirement se dérouler dans un service hospitalier agréé par arrêté préfectoral. Seuls les services psychiatriques sectorisés sont agréés de droit. Certains services hospitaliers le sont après demande du chef de service.

2. La cure hospitalière, dont la durée moyenne est de huit jours, doit obligatoirement s'appliquer à un sevrage physique d'une substance illicite (héroïne, cocaïne...) à l'exclusion de tout autre. Ainsi, les sevrages cannabis, ceux dus à l'arrêt des traitements de substitution (méthadone, buprénorphine HD), les sevrages BZD, ou tout autre médicament détourné de son usage, ne peuvent être pris en charge dans le cadre de «la loi de 70».

Modalités de prise en charge

Les établissements de santé ayant effectué un sevrage «loi de 70» remplissant toutes les conditions susnommées doivent faire parvenir au médecin général de la DASS du département où a été effectué le sevrage :

- un certificat médical,
- un compte rendu d'hospitalisation,
- la facture correspondant à la date du séjour.

N.B. : Au cas où le dossier de demande de prise en charge DASS serait incomplet, celui-ci sera retourné au service hospitalier en réclamant les pièces manquantes.

N.B. : Au cas où la demande de prise en charge ne relèverait pas de la «loi de 70», la demande est refusée. La facture d'hospitalisation sera alors adressée au patient. Il conviendra de solliciter l'assurance maladie et/ou l'aide médicale.

A noter : certains médecins libéraux ou en centres spécialisés opèrent des sevrages en ambulatoire.

II. CONFÉRENCE DE CONSENSUS

Suite à la conférence de consensus relative aux «modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants des opiacés» qui a eu lieu les 23 et 24 avril 1998 au Sénat, certaines recommandations ont été préconisées :

Objectif du sevrage

Le sevrage ou la substitution permet aux usagers de drogues d'arrêter leur consommation ou d'en réduire les risques. En effet, les objectifs de santé publique sont dominés par la réduction des risques que sont les infections virales et les conséquences sociales de la dépendance aux opiacés.

La cure de sevrage a donc une utilité directe : diminution de la consommation d'opiacés, voire même abstinence totale, mais aussi indirecte : prise de conscience de la dépendance, désir du sujet d'intégrer le système de soin médical et médico-social, amélioration de la qualité de vie et des aides à l'insertion familiale, professionnelle et sociale.

Comme le précise la conférence de consensus, l'objectif du sevrage est de réguler la consommation sans aspirer à une abstinence durable ou le moyen d'une séparation définitive avec le produit.

Points de vigilance

Il ne peut être mis en place de sevrages sans considérer le risque élevé de rechutes et sans l'entourer d'une démarche qui permette de prendre des mesures de protection médicale et d'insertion sociale. De même, il ne peut être mis en place de programme unique de médicaments de substitution sans prise en charge individuelle et projet thérapeutique à long terme.

La demande de sevrage

La demande de sevrage émise par la personne répond à un certain nombre de motivations individuelles (motivations privées, contraintes externes, effet négatif de l'héroïne). Seulement la cure de sevrage ne s'entend que si elle s'inscrit en tant qu'élément d'un programme global d'un traitement devant s'inscrire dans le long terme.

Si l'intention du professionnel, du soignant reste avant tout de parvenir, à terme, à ce que la personne dépendante se libère définitivement de sa conduite toxicomaniaque, il existe un consensus pour reconnaître que ce résultat ne pourra être obtenu qu'au terme d'un parcours souvent très long, émaillé de nombreuses rechutes, au cours duquel les soins consistent d'abord à aider le patient à déplacer sa dépendance sur d'au-

tres objets. C'est pourquoi il importe de saisir **la première rencontre** non seulement pour répondre à une éventuelle demande de sevrage mais aussi pour essayer avant tout de nouer une relation thérapeutique, considérant l'urgence de cette demande de sevrage comme étant aussi le symptôme de l'évitement d'une trajectoire plus longue.

Le volontariat est un des éléments majeurs de la démarche de sevrage qu'il soit ambulatoire (si les conditions de vie et l'environnement du patient le permettent) ou s'effectuant dans le cadre d'une institution.

Prise en charge pluridisciplinaire

Il existe également un large consensus sur la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire des personnes dépendantes aux opiacés et tous les auteurs préconisent la coordination des différents acteurs dans une organisation de soins centrés sur le patient. L'affirmation répétée de la nécessité du travail en réseau ne préjuge pas d'un modèle organisationnel mais signifie l'impérieuse obligation de développer un abord multidisciplinaire et partenarial autour de la personne. Le patient doit rester parfaitement libre de s'adresser aux interlocuteurs de son choix.

Le contrat de soin

Le contrat systématiquement établi entre le patient et l'équipe de soins varie suivant les institutions. Le contrat comprend habituellement une période pendant laquelle le patient accepte une limitation plus ou moins complète des sorties, des visites et des appels téléphoniques personnels (sa durée dépend des institutions).

Grossesse

Une demande de sevrage est très souvent exprimée par les femmes enceintes dépendantes de substances psychoactives. La femme enceinte toxicomane est considérée comme à risque. Il a été montré que le sevrage est contre-indiqué principalement au premier trimestre de la grossesse du fait de la suspicion d'une souffrance fœtale et de la possible survenue de mort in utero lors d'un sevrage brutal. D'autre part, les rechutes sont particulièrement fréquentes après un sevrage débuté au cours de la grossesse ou dans les mois qui suivent l'accouchement.

Évaluation des cures de sevrage

Il apparaît que la majorité des rechutes a lieu dans un délai inférieur à six mois (surtout le premier mois d'après les données de la littérature) mais qu'au-delà les résultats sont relativement stables. Il est habituellement établi que le risque de rechute est maximum dans les douze premiers mois qui suivent le début d'une rémission. Parmi ceux qui restent abstinents pendant deux ans au moins, près de 90% resteront abstinents au-delà de dix ans.

La fréquence des rechutes et des décès après un sevrage forcé montre que la contrainte et les pressions sont non seulement incompatibles avec l'établissement d'un contrat de soin, mais aussi inefficaces au plan thérapeutique voire nuisibles.

Ce taux de rechutes ne doit en aucun cas conduire à l'abdication du thérapeute. En effet, la rechute fait partie du processus de sevrage. Elle est souvent une réponse que trouve le sujet pour faire face à ses difficultés. Les thérapeutes doivent tenter d'utiliser les rechutes qu'un travail de prévention n'a pu éviter, comme moment de maturation du sujet.

Les soignants travailleront en fonction de trois étapes prévisibles :

1. En apprenant au patient à éviter les surdoses accidentelles, liées à la diminution de la tolérance après un sevrage, et à éviter, dans l'avenir, les contaminations par l'usage de matériels souillés.

2. En diminuant la culpabilité et la dramatisation de ces rechutes et de ces dérapages.

3. Enfin, en aidant le sujet à garder les contacts avec son soignant référent.

Que savoir sur l'hépatite C ?

D'après les conclusions de la dernière conférence de consensus février 99.

1. Quelles sont les implications de l'hépatite C en santé publique ?

L'hépatite C est un problème majeur de santé publique.
L'incidence des nouveaux cas symptomatiques d'infection par le VHC a été estimée en France à 1à 3 cas par an pour 100 000 individus. L'incidence réelle des nouveaux cas d'infection par le VHC est beaucoup plus élevée (la majorité des cas étant asymptomatiques). L'incidence est en voie de diminution pour deux raisons :
a. la transmission par les produits sanguins a été pratiquement réduite à zéro ;
b. les mesures de précaution actuellement appliquées ont fortement réduit la transmission nosocomiale. **La toxicomanie intraveineuse reste le principal mode de transmission,** mais, même ici, on assiste à une diminution des transmissions du fait d'une meilleure connaissance du risque de partage de la seringue et, dans certains pays, de la vente libre de seringues.

2. Quelle est l'histoire naturelle de l'hépatite C ? Quels sont les facteurs influencant la maladie ?

L'hépatite C est une maladie dont l'évolution est variable. En général, l'évolution est lentement progressive. 40 % Des sujets guérissent ou ont une maladie chronique bénigne. Enfin, environ 60 % des malades ont une augmentation des transaminases témoignant d'une hépatite chronique. Chez ces malades, le pronostic à long terme est mal connu mais probablement la plupart des malades ne mouront pas de leur maladie du foie. Environ 20 % des malades atteints d'hépatite chronique C développent, après 10 à 20 ans d'évolution, une cirrhose susceptible d'entraîner la mort en l'absence de transplantation.
Plusieurs co-facteurs jouent un rôle important dans le développement de la cirrhose :
a. l'âge au moment de la contamination (en général, les patients contaminés à un âge avancé ont une maladie d'évolution rapide alors que les sujets jeunes ont une maladie d'évolution plus lente) ;
b. l'alcoolisme (toutes les études montrent que l'alcool est un facteur important influençant la progression de l'hépatite chronique vers la cirrhose) ;
c. la co-infection par le virus du SIDA ;
d. la co-infection par le virus de l'hépatite B.
L'incidence du cancer hépatocellulaire est de 1 à 4 % par an chez les malades atteints de cirrhose. Ce risque justifie la surveillance régulière des malades.

3. Quels sont les tests diagnostiques ?

Les tests ELISA sont d'usage facile, peu onéreux, et sont les meilleurs tests pour le dépistage.
Dans les populations à faible risque, comme les donneurs de sang ou les sujets soumis à un dépistage systématique, chez qui il peut y avoir jusqu'à 25 % de faux positifs, un test de confirmation, tel qu'un RIBA, est nécessaire.
Dans les populations à risque élevé ou chez les malades suspects d'être atteints d'hépatite C, un test ELISA positif doit être confirmé par un test qualitatif de détection de l'ARN du VHC.
Chez les patients atteints d'hépatite aiguë de cause inconnue, un test ELISA doit d'abord être effectué. Si les tests pour l'hépatite A et pour l'hépatite B sont négatifs, il conviendra d'effectuer un test qualitatif de détection de l'ARN du VHC.

4. Qui doit être testé pour l'hépatite C ?

Un dépistage généralisé n'est pas recommandé. Le dépistage doit être limité aux groupes à risque :
a. les personnes qui ont reçu ou pourraient avoir reçu des produits sanguins avant la mise en œuvre des tests ELISA de deuxième génération (1991) ;
b. les hémophiles ;
c. les hémodialysés ;
d. les enfants nés d'une mère atteinte d'hépatite C ;
e. la toxicomanie intraveineuse actuelle ou passée (même de courte durée) ;
f. les donneurs d'organe ou de tissu.

5. Comment la transmission de l'hépatite C peut-elle être prévenue ?

Les deux sources principales de contamination sont la toxicomanie intraveineuse et l'administration de produits sanguins (transfusion sanguine). Cette dernière cause a pratiquement complètement disparu depuis 1991.
La transmission sexuelle est très rare. La prévalence de l'infection par le VHC chez les partenaires d'un couple homosexuel ou hétérosexuel stable est très basse, mais elle est plus élevée chez les personnes ayant des partenaires multiples. L'usage des préservatifs dans les couples stables n'est pas justifié. L'usage des préservatifs est fortement encouragé chez les personnes ayant des partenaires multiples.
La grossesse n'est pas contre-indiquée chez les femmes infectées par le VHC. Le dépistage systématique du VHC n'est pas recommandé chez les femmes enceintes.
La transmission verticale du VHC est rare. La prévalence de la transmission de la mère à l'enfant est inférieure à 6 %. Le

risque de transmission apparaît plus grand chez les femmes ayant une forte virémie ou une co-infection par le VIH. Le mode de délivrance (césarienne, naturelle) ne semble pas avoir d'effet sur la transmission du VHC de la mère à l'enfant. L'allaitement maternel n'est pas associé à la transmission de la mère à l'enfant.

6. Quels malades doivent etre traités ?

La décision de traiter doit être soigneusement pesée en tenant compte de l'âge du malade, de son état de santé, du risque de cirrhose, des chances de succès, et d'éventuelles maladies susceptibles de diminuer la durée de vie ou contre-indiquant la mise sous traitement.

La décision de traiter dépend-elle des lésions histologiques ? Il est indispensable d'effectuer une biopsie percutanée avant la mise en œuvre du traitement. La biopsie permet d'évaluer la sévérité des lésions : ces lésions doivent être appréciées en fonction de la durée supposée de la maladie, de l'état clinique, et des anomalies biochimiques. La biopsie fournit la base d'une comparaison pour évaluer la progression des lésions.

La décision de traiter dépend-elle du niveau de la virémie ? Seuls les malades qui ont de l'ARN du VHC détectable sont candidats au traitement. Il est généralement admis que les malades avec une forte virémie (> 2 millions de génomes/ml) répondent moins bien au traitement. Cependant, le niveau de la virémie ne doit pas faire récuser un traitement.

La décision de traiter dépend-elle du génotype du virus ? Il est généralement admis que les malades infectés par un VHC de génotype 1 répondent moins bien au traitement que les malades infectés par un VHC de génotype 2 ou 3. Toutefois, le génotype ne doit pas faire récuser un traitement.

Les malades co-infectés par le virus du SIDA doivent-ils être traités ? L'hépatite chronique C est fréquente chez les malades infectés par le virus du SIDA (VIH). Il a été clairement établi que la progression de l'hépatite chronique C est accélérée chez les malades co-infectés par le VIH.

Les malades atteints de cirrhose compensée doivent-ils être traités ? Les malades atteints de cirrhose compensée peuvent êtres traités. L'effet éventuel du traitement sur la réduction du risque de décompensation et la diminution du risque de cancer hépatocellulaire n'est pas prouvé.

Les malades ayant des transaminases normales doivent-ils être traités ? Les malades ayant de l'ARN du VHC détectable et des transaminases normales ont généralement des lésions minimes et une faible réponse à la thérapeutique. Actuellement, il n'est pas recommandé de mettre en œuvre un traitement chez ces malades. Ces malades doivent êtres surveillés tous les 4 à 6 mois.

Quels malades doivent êtres traités ? Etant donné l'efficacité faible et les effets secondaires du traitement actuel de l'hépatite C, beaucoup de malades atteints d'hépatite C ne sont pas candidats à un traitement. En particulier, les malades qui continuent à consommer de l'alcool, et les malades qui poursuivent leur toxicomanie ne doivent pas êtres traités à cause du risque de réinfection. En outre, la compliance au traitement est faible chez les alcooliques et chez les toxicomanes.

7. Quels sont les traitements disponibles ?

Chez les malades naïfs (c'est-à-dire jamais traité par interféron α), le traitement par l'association interféron-ribavirine peut être proposé en l'absence de contre-indication à l'un ou à l'autre des produits.

La durée du traitement dépend du génotype et du niveau de la virémie. Chez les malades infectés par un VHC de génotype 2 ou 3, la durée du traitement est de 6 mois (quel que soit le niveau de la virémie). Chez les malades infectés par un VHC de génotype 1, les données actuelles suggèrent qu'un traitement de 6 mois est suffisant si le niveau de la virémie préthérapeutique est bas. Un traitement de 12 mois est justifié si le niveau de la virémie est élevé avant traitement, et en association avec un ARN-VHC à la fin des 6 mois.

Les contre-indications absolues à l'interféron sont les suivantes : psychose ou dépression sévère actuelle ou passée, neutropénie et ou thrombopénie, transplantation d'organes à l'exception du foie, cardiopathie sévère, insuffisance rénale ou hépatite sévère, cirrhose décompensée, épilepsie non contrôlée. Les contre-indications relatives sont les suivantes : diabète non contrôlé, maladies auto immunes en particulier thyroïdite.

Les contre-indications absolues à la ribavirine sont les suivantes : insuffisance rénale terminale, anémie, hémoglobinopathie, cardiopathie sévère, grossesse, absence de contraception. Les contre-indications relatives à la ribavirine sont les suivantes : hypertension artérielle, âge avancé.

La transplantation hépatique est indiquée chez les malades dont la vie est menacée par une cirrhose sévère et chez les malades chez lesquels la cirrhose s'est compliquée de carcinome hépatocellulaire.

8. Comment les malades traités et non traités doivent-ils être surveilles ?

Les examens de laboratoire ne sont pas très utiles pour surveiller la progression de la maladie hépatique chez les malades atteints d'hépatite C. Toutefois, la numération sanguine, en particulier la numération des plaquettes, et le dosage des transaminases tous les six mois sont recommandés. La biopsie hépatique est nécessaire pour évaluer la progression de la fibrose et l'existence ou non d'une cirrhose. La biopsie hépatique doit être effectuée tous les 4-5 ans chez les malades non traités du fait du caractère minime des lésions histologiques sur la première biopsie.

Durant le traitement, les malades doivent avoir une numération formule sanguine, y compris une numération de plaquettes. Cette surveillance hématologique doit être effectuée

toutes les semaines pendant les 4 premières semaines puis périodiquement, chez les malades traités par la ribavirine, chez lesquels une chute de l'hémoglobine de 3-4 g est fréquente. Un dosage de la TSH doit être effectué tous les 3 à 6 mois pendant le traitement et 6 mois après la fin du traitement. L'état psychique, en particulier la dépression, doit être régulièrement évalué à cause du risque de suicide.

Les hommes traités par l'association interféron α 2b- ribavirine doivent appliquer une contraception stricte ainsi que leur partenaire pendant le traitement ainsi et les 7 mois suivants l'arrêt.

Les femmes traitées par l'association interféron α 2b- ribavirine et en âge de procréer, doivent appliquer une contraception stricte ainsi que leur partenaire pendant le traitement et les 4 mois suivant l'arrêt.

Un test de grossesse mensuel sera pratiqué pendant ces périodes.

La réponse au traitement par l'association interféron α 2b-ribavirine doit être évaluée par la détection de l'ARN du VHC après 6 mois de traitement chez les patients infectés par un VHC de génotype 1 (et ayant une forte virémie) ; le traitement doit être poursuivi pendant 6 mois supplémentaires si l'ARN du VHC n'est pas détectable.

La réponse prolongée doit être évaluée par le dosage des transaminases et par la détection de l'ARN du VHC 6 mois après l'arrêt du traitement. Il n'est pas nécessaire de répéter la biopsie pour évaluer la réponse au traitement. Les malades ayant une réponse prolongée doivent être suivis régulièrement car l'évolution à long terme reste inconnue.

9. Principaux problèmes non résolus : traitement, vaccination

L'hépatite C est un énorme problème de santé. Même en 2010, compte tenu de la diminution de la prévalence de la maladie, il restera un grand nombre de malades infectés chez lesquels la maladie aura progressé jusqu'au stade de cirrhose avec développement possible de complications.

Le VHC est un adversaire dangereux, adversaire qui échappe à la réponse immunitaire. De ce fait, il est peu probable qu'un vaccin efficace soit disponible dans un avenir prévisible. Il est à remarquer que les anticorps neutralisants et les cellules T CD4 et CD8 sont faiblement induits en cas d'infection par le VHC.

État des connaissances sur le VIH

**D'après le Rapport Delfraissy Ministère de la Santé, septembre 1999.
« Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH »**

Épidémiologie

Depuis 1996, l'efficacité des traitements antirétroviraux a réduit l'intérêt d'une surveillance seulement basée sur les cas de SIDA. L'estimation de la vitesse actuelle de propagation de l'épidémie en France (incidence) et de l'évolution du nombre de personnes infectées par le VIH (prévalence) semble montrer que l'épidémie en France concerne de plus en plus des personnes d'origine étrangère et en situation de précarité.

Quelques chiffres SIDA

- Cas cumulés de Sida en France depuis 1983 : 50 000.
- Nouveaux cas : moins de 2 000 par an dont 14 % d'étrangers vivant en France.
- Décès pas an : moins de 700.

Suivi virologique

L'objectif du traitement antirétroviral est la réduction de l'ARN-VIH plasmatique la plus importante et la plus durable possible. Les nouveaux tests ont des seuils sensibilité inférieurs à 50 copies/ml.

Tests de résistance aux antirétroviraux

La résistance aux antirétroviraux est une des causes de l'échec thérapeutique. Les tests génotypiques de résistance sont aujourd'hui disponibles.

Traitement antirétroviral

Traitement initial

L'instauration du traitement antirétroviral nécessite une démarche de préparation et d'accompagnement de la personne. L'analyse des avantages et des inconvénients de chaque stratégie thérapeutique est nécessaire, ainsi que les possibilités de relais à moyen et long terme. Plusieurs possibilités d'associations multiples d'antirétroviraux sont envisageables pour le traitement initial.

Il est recommandé 3 médicaments d'emblée mais la durée dans laquelle s'inscrivent maintenant les traitements antirétroviraux impose de plus en plus des adaptations pour tenir compte de la vie quotidienne des patients et de leur capacité de tolérance.

Les modifications seront de plus en plus souvent liées à ces problèmes, indépendamment de tout échec virologique. Une association antirétrovirale ne peut donc être définitivement figée et doit s'adapter à chaque patient dans ses conditions de vie.

En cas d'échec virologique, il convient d'en comprendre les raisons : l'histoire médicale du patient sera reprise, les évolutions des résultats immunovirologiques et les différents types de prescriptions antirétrovirales analysés. On s'assurera qu'il n'y a pas d'interactions médicamenteuses ou des difficultés d'adhésion au traitement.

Les patients en multiéchec avec virus multirésistants (8 % des patients) constituent une priorité thérapeutique. Des nouvelles stratégies sont en cours d'évaluation : interruption programmée du traitement antirétroviral et/ou mégathérapie (utilisant un nombre maximal de molécules antirétrovirales dans le schéma thérapeutique). L'introduction d'une seule nouvelle molécule n'est pas souhaitable devant le risque d'apparition de mutations de résistance.

L'immunothérapie

Les résultats des essais de stimulation de l'immunité personnelle sont encourageants chez certains patients. Un nouveau médicament, le Macrolin, vient d'obtenir une autorisation temporaire d'utilisation.

Primo-infection

Les résultats préliminaires d'essais thérapeutiques chez les sujets en primo-infections symptomatiques ont montré qu'un traitement puissant et précoce permet de préserver un système immunitaire spécifique contre le VIH. Une consultation hospitalière est indispensable.

Complications des traitements antirétroviraux

Plus de 50 % des patients traités par antirétroviraux présentent à des degrés divers des dépôts de graisse sur le corps (lipodystrophies) c'est-à-dire une répartition anormale des graisses ou troubles des graisses et du sucre dans le sang.

Il est recommandé : de proposer aux patients une évaluation du bilan lipidoglucidique annuel et des conseils diététiques avant, puis après l'instauration.

Prévention des infections opportunistes

La restauration de l'immunité observée chez la plupart des patients recevant une multithérapie antirétrovirale permet aujourd'hui d'envisager dans certains cas l'interruption des traitements prophylactiques d'infections opportunistes, mis en place alors que l'immunodéficience était prononcée.

Il est recommandé en prévention primaire, l'interruption des traitements prophylactiques d'infections opportunistes lorsque le nombre de lymphocyles CD4 est supérieur à 200/mm^3 depuis plus de 6 mois et le taux de lymphocytes CD4 par rapport aux lymphocytes totaux est supérieur à 15 %.

Accidents d'exposition au risque de transmission du VIH

En cas d'exposition à un risque d'infection (piqûre accidentelle), le choix du traitement antirétroviral doit se faire dans une consultation en urgence à l'hôpital, au cas par cas, en tenant compte en premier lieu du type d'exposition, de sa sévérité et du traitement éventuellement reçu par la personne source. L'évaluation du risque d'infection ne doit pas se limiter à l'infection par le VIH et doit être élargi aux hépatites.

Toxicomanie : substitution et antirétroviraux

Il existe des interactions entre certains médicaments, les antiprotéases et la méthadone, réduisant la concentration de méthadone. Cette diminution conduit à des symptômes de sous dosage proches du manque. Les interactions avec la buprénorphine HD sont moindres.

Un dosage plasmatique de la méthadone peut être utile afin de faciliter l'individualisation de la prescription.

Accompagnement et adhésion au traitement

Les contraintes des stratégies thérapeutiques actuelles sont importantes : prises de nombreux médicaments, effets secondaires, traitement à vie, observance stricte des prescriptions... Elles nécessitent que les soignants facilitent par leur soutien et leur accompagnement l'adhésion au traitement des personnes infectées. L'évaluation des actions menées dans ce domaine et des outils utilisés pourra permettre d'améliorer la prise en charge des patients

Il est recommandé une attention particulière :

- A la préparation, au traitement, puis à la réévaluation permanente des difficultés rencontrées par le patient.
- Au dialogue et à l'instauration d'une écoute attentive.
- A la coopération entre les différents intervenants, centrée sur les besoins de la personne, sur ces conditions de vie, sur son environnement naturel. Ce point est particulièrement important pour les personnes en situation précaire. Un travail multidisciplinaire est primordial. Le rôle du médecin généraliste est ici capital.

La grossesse chez la femme infectée par le VIH et l'infection par le VIH chez l'enfant

D'après le Rapport Delfraissy - Ministère de la Santé, septembre 1999.
« Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH »

La grossesse

Les progrès thérapeutiques ont renforcé le désir d'enfant des femmes infectées par le VIH.

Environ 800 femmes VIH + mènent une grossesse à terme par an. 45 % d'entre elles sont d'origine de l'Afrique sub-saharienne. 33 % découvrent leur séropositivité à cette occasion.

Sous traitement antirétroviral, le risque de transmission de la mère à l'enfant est d'environ 5 %. Ce risque dépend de l'importance du déficit immunitaire et de la charge virale de la mère.

Mais la prescription des antirétroviraux durant la grossesse apparaît particulièrement difficile.

La prise en charge de la femme enceinte infectée par le VIH nécessite une collaboration étroite entre le spécialiste du VIH, l'obstétricien, le pédiatre, le médecin de famille et la femme elle-même.

La plupart des cas de transmission surviennent en fin de grossesse et autour de la naissance.

Il est recommandé :

- d'informer les femmes du bénéfice du traitement et du risque de toxicité pour l'enfant des antirétroviraux administrés pendant la grossesse,
- de débuter le traitement au troisième trimestre, de le poursuivre au moment de l'accouchement, puis chez le nouveau-né pendant 6 semaines.

L'AZT est le traitement prophylactique de référence ; l'option d'une césarienne programmée à 38 semaines d'aménorrhée doit être envisagée dans la stratégie de prévention.

- de débuter un traitement par multithérapie si l'état immunologique de la femme le nécessite,
- de poursuivre les traitements des femmes traitées par multithérapies avant ou en début de grossesse malgré les incertitudes actuelles.

Infection par le VIH chez l'enfant

Le traitement initial chez l'enfant suit les principes recommandés chez l'adulte. En pédiatrie, il convient d'être particulièrement attentif :

- aux risques importants d'échec probablement liés aux formes galéniques des médicaments mal adaptées aux enfants,
- aux difficultés d'interprétation des niveaux de charge virale souvent élevés dans les premiers mois et années de la vie.

Il est recommandé :

- de parfois temporiser l'initiation d'un traitement afin de se mettre dans les meilleures conditions d'observance,
- de prescrire un traitement précoce dans les formes sévères de l'infection par le VIH,
- de tenir compte dans le choix du traitement du nourrisson des antirétroviraux auxquels il aura été exposé in utero et des éventuelles mutations de résistance du virus transmis par la mère.

Virus des hépatites et VIH : co-infection VIH/hépatite C

D'après le Rapport Delfraissy - Ministère de la Santé, septembre 1999.
« Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH »

Quelques informations

La prévalence des hépatites C chez les personnes infectées par le VIH est élevée, elle est fonction du groupe de transmission. (Toxicomane, etc.)

L'infection par le VHC est aggravée par l'infection par le VIH.

15 à 20 % des décès actuels des personnes infectées par le VIH sont dus à une cirrhose liée au VHC, souvent favorisée par une intoxication alcoolique.

La prise en charge des hépatites B et C chez les personnes infectées par le VIH est insuffisamment prise en compte.

Les traitements des hépatites sont efficaces mais complexes lorsqu'il y a une co-morbidité VIH associée.

L'arrêt de la consommation d'alcool est un élément essentiel de la prise en charge d'une hépatite chronique.

Il est recommandé :

- qu'un dépistage systématique des hépatites B et C soit entrepris chez toute personne infectée par le VIH, un bilan réalisé, et que soit discutée l'indication d'un traitement en fonction des résultats de la biopsie hépatique,
- d'être particulièrement attentif à la pharmacovigilance compte tenu des interactions éventuelles entre les associations d'antirétroviraux et les traitements des hépatites C.

Grossesse et toxicomanie : le travail en réseau

Le suivi d'une grossesse chez une patiente UD demande que soit précisés :

Les contacts des intervenants de ville et l'hopital

Le médecin traitant doit prendre contact avec un interlocuteur privilégié au sein de la maternité (gynécologue, sage-femme, anesthésiste, surveillante de la consultation). Un professionnel pourra ainsi répondre aux différentes questions posées par le médecin et notamment l'informer du suivi des rendez-vous.

L'équipe hospitalière prendra soin de conserver les liens avec les intervenants en ville choisis par la patiente, et complètera la prise en charge, si cela s'avère nécessaire.

L'assistante sociale de secteur contactera son homologue hospitalière afin d'entamer un travail de concert précoce et préparer la sortie.

À l'hopital en maternité

Les objectifs de l'équipe de la maternité ou du référent :

- un accouchement à terme,
- la naissance d'un enfant en bonne santé qui sera pris en charge après la naissance de façon adaptée,
- éviter la séparation mère-enfant,
- la sortie en sécurité pour la mère et l'enfant.

Auprès des futurs parents :

- accueillir les femmes UD comme toutes femmes enceintes en situation de vulnérabilité, avec bienveillance et sans jugement, le plus tôt possible pendant la grossesse,
- réduire les risques de la toxicomanie sur la grossesse,
- créer les conditions favorables à l'épanouissement du lien mère-enfant,
- soutenir la place du futur père,
- soutenir les parents dans la prise en charge de leur toxicomanie auprès de professionnels spécialisés.

Auprès des équipes :

- Soutenir les diverses équipes en lien avec les parents autour de la naissance, en interne et en externe : Maternité, pédiatrie, PMI, réseau social, médecin libéral et sage-femme libérale, etc.

Accueil et entretiens ambulatoires avec la sage-femme

Ces entretiens tenteront d'aplanir les difficultés d'accès aux soins des UD et de leur montrer le côté humain de l'hôpital.
Il s'agit de créer un lien de confiance entre les futurs parents et la maternité.
La sage-femme essaiera de voir les futures mères (ou les couples) le plus tôt possible dans la grossesse.
Les premiers entretiens seront longs et rapprochés : c'est une mise en confiance progressive et une évaluation des besoins des futurs parents.
Elle abordera tous les axes : médicaux, situation sociale et familiale, histoire de la toxicomanie, en prenant bien soin d'expliquer que ces informations resteront confidentielles et mises « sous clef ».
Le point sera fait **avec** la future mère (ou le couple) sur ce qui est possible ou pas :

- sevrage ou traitement de substitution,
- le shoot peut être arrêté ou pas,
- logement personnel ou foyer, etc.

La sage-femme précisera au fur et à mesure les avantages et inconvénients de chaque choix par rapport à la grossesse et à l'arrivée de l'enfant.

Le suivi de la grossesse : l'importance de la qualité du suivi

La sage-femme expliquera l'objectif de son travail aux parents, celui de mener la grossesse à terme et que l'enfant soit en bonne santé. Il est rare que cet objectif ne soit pas partagé. La période de la grossesse est un moment privilégié de resocialisation. La future mère (le couple) sera partenaire de son suivi et associé très étroitement à son organisation.
Bien souvent, **un travail de médiation** avec les autres services ou d'autres professionnels sera indispensable afin que le meilleur accueil soit réservé aux parents, notamment s'ils sont très désocialisés.
Il est nécessaire de :

- présenter aux futurs parents les personnes qui vont s'occuper d'eux,
- montrer que ces personnes ne sont pas spécifiques et s'occupent de toute femme enceinte,
- faire visiter les lieux,
- faire avancer ou reculer un rendez-vous,
- accepter les retards, les rendez-vous manqués, les reprendre,
- expliquer et excuser la lourdeur administrative.

Le suivi
La patiente sera vue en consultation par la sage-femme tous les 15 jours à partir du 2e trimestre en alternance avec le gynécologue. Trois échographies seront accomplies.
A partir de 28 semaines, un monitoring par semaine sera effectué, si possible par une sage-femme d'une PMI, et à domicile, afin de mettre précocement en contact la patiente avec les intervenants de proximité que sont les professionnels de la PMI.
Un soutien psychologique par un pédopsychiatre sera proposé si les parents expriment des difficultés avec l'enfant à venir ou si eux-mêmes ont eu des problèmes avec leurs parents.

Délivrance du traitement de substitution
L'hôpital doit fournir **tous** les traitements aux patients hospitalisés.
La sage-femme ou le gynécologue de la patiente demandera, en accord avec elle, au médecin traitant ou au centre méthadone un courrier précisant le traitement du patient (posologie, etc.).

Présentation des intervenants hospitaliers, de l'hôpital, de la prise en charge post natale
Le personnel hospitalier n'est pas exempt de préjugés sur les patients toxicomanes, afin d'éviter toute rupture entre l'équipe obstétricale et les parents, et que la mère parte accoucher hors de l'hôpital (chez elle, dans la rue, etc.), au cours de la période anténatale (à 28 semaines), les parents seront présentés aux différents intervenants :

- le pédiatre pour la prise en charge post natale,
- l'anesthésiste pourra les rassurer sur la douleur de l'accouchement, leur parler des traitements anti-douleur,
- l'équipe obstétricale expliquera le déroulement de l'accouchement proprement dit, et insistera sur **la qualité du suivi :** s'il est bien effectué l'accouchement ne pose pas plus de problèmes, il n'y a pas plus de risque de césarienne pour une femme UD.

Dans le même esprit, leur faire visiter la salle d'accouchement et la salle de suite de couche. Cette présentation est essentielle : les parents seront rassurés et cela limitera les tensions avec l'équipe.

Travail avec les proches
Vous pourrez proposer, aussi, de faire venir les grands-parents ou des proches à la consultation au début du 3ème trimestre (après 28 semaines, l'enfant est considéré viable et les parents ne sont pas encore paniqués comme ils le seront à l'approche de la naissance), cela permettra de répondre aux questions qui les assaillent comme les parents.
« L'enfant sera-t-il potentiellement un toxicomane plus tard ? Sera-t-il être en manque à la naissance ? Risque-t-il d'être mal formé, etc. ? »
Le travail avec les proches permet de créer les conditions d'un environnement social favorable à la mère et l'enfant à la sortie de la maternité.
Pendant l'hospitalisation, la sage-femme prendra soin de veiller au bien-être des patients, d'être vigilante aux relations parents-équipe.

La naissance et l'évaluation de la relation mère-enfant
Il faut inviter les parents dès la naissance à passer le plus de temps possible avec leur enfant et les associer le plus possible aux soins à l'enfant, compte tenu des sentiments de culpabilité qui les envahissent.
Ne pas séparer la mère et l'enfant à la maternité a une efficacité clinique et sociale, cela permet une bonne évaluation de la qualité de la relation mère-enfant. En outre, en cas de nécessité de placement, cela facilitera un placement constructif (éviter de trop « judicialiser » le placement dans la mesure du possible), qui le plus souvent, sera temporaire chez une assistante maternelle dans l'attente de la resocialisation de la mère (logement, etc.).

Le sevrage du bébé
C'est la première inquiétude des parents et des proches qui vont alors poser la même question à tous les intervenants pour se rassurer. Il est très important que tous répondent la même chose sinon le risque est grand de déstabiliser les parents.
La méthadone passe par le placenta, le bébé reçoit la méthadone pendant la grossesse, rien ne permet de dire en quelle quantité. Dans les jours qui suivent la naissance, **un syndrome de sevrage** peut se déclarer.
Ce syndrome sera d'intensité variable, sans apparemment de corrélation avec la quantité de méthadone absorbée par la mère, rien ne permet d'en prévoir l'importance. Le délai, de quelques jours, permet l'installation de la relation mère-enfant et facilite la préparation de ce passage tant redouté par les parents.

La surveillance néonatale de l'enfant
Le pédiatre et l'équipe obstétricale seront bien informés par le référent hospitalier du risque que l'enfant développe un syndrome de sevrage du fait du traitement à la méthadone suivi par la mère. Un rendez-vous aura été pris avec le pédiatre, en prénatal. Cette rencontre initiale a pour but de parler de leurs inquiétudes au sujet de l'état de santé de l'enfant à la naissance.
L'enfant sera mis sous surveillance. Il sera sevré ou traité par un opiacé, si nécessaire.
Si l'enfant reçoit un traitement opiacé, dont la durée variera de 1 à 5 semaines, il faut rassurer les parents sur l'absence de conséquences immédiates.
La surveillance consiste en un examen quotidien du pédiatre, et un examen 6 fois par jour par la sage-femme ou la puéri-

cultrice, qui vise à établir un score d'évaluation du syndrome de manque de l'enfant (Finnegan ou autre). Ce score indique s'il faut mettre en place ou non un traitement et permet d'adapter le traitement à l'enfant.

Cette étape constitue un fort moment de culpabilisation des parents ; ils ont souvent peur du jugement des professionnels.
Il faut valoriser le rôle des parents et leur expliquer que leur aide est capitale pour que l'enfant aille mieux et qu'il a besoin d'eux.

Les pratiques professionnelles diffèrent d'un établissement à l'autre, certains services traitent les enfants plus que d'autres qui donnent la priorité au nursing.

Le nursing : l'enfant sera mis dans une pièce calme, pas trop éclairée. Si l'établissement est une unité kangourou, il sera de préférence dans la chambre de la mère.
Il faut inviter les parents dès la naissance à serrer l'enfant dans leurs bras, le bercer, le toucher, lui parler et éviter de le stimuler.

La préparation de la sortie
C'est un travail de liaison entre les équipes pluridisciplinaires intra et extra hospitalières pour une cohérence dans la continuité de la prise en charge. Les parents doivent être au centre de toutes les transmissions.
Cela implique de nombreux coups de téléphones, des rencontres, avec les parents et les professionnels, souvent en semi-urgence.

Courriers types

Pages

161 Attestation de suivi médical de la grossesse
162 Attestation de suivi médical et social d'un UD auprès du juge
163 Demande de bilan social
164 Demande d'aide médicale urgente
165 Demande de bilan social pour un UD sous traitement de substitution
166 Demande de report d'un jugement
167 Demande d'une étude des droits pour la prise en charge d'une hospitalisation urgente

Attestation de suivi médical de la grossesse

Dans le cas d'un dépassement du délai légal de déclaration à la CAF

Caisse d'Allocations Familiales
Commission de recours

Monsieur le Directeur,

Comme médecin traitant, je suis Madame _____ pour sa grossesse qui a débuté le _____.
Pour des raisons indépendantes de sa volonté et d'origine médicale et psychologique, elle n'a pas pu effectuer sa déclaration de grossesse dans les temps nécessaires.
Cela étant dit, aujourd'hui je la suis et j'ai pu compléter son dossier médical.
Dans ces conditions, je vous prie de bien vouloir lui accorder le bénéfice des allocations familiales malgré ce retard de déclaration.

Dans cette attente, veuillez recevoir, Monsieur le Directeur,
l'expression de mes sentiments distingués.

Dr _____

Attestation de suivi médical et social d'un UD auprès du juge

(par l'assistante sociale)

Ce courrier a pour but de préparer une audience auprès d'un juge
(souvent pour une affaire antérieure aux soins, elle est à établir en accord avec le patient)

Vos références : M. ou Mme, qualité, et service
(si possible, indiquer : la Chambre, et le n° d'instruction de l'affaire)

Madame, Monsieur Le Juge,

Le _____, vous recevez en audience M(me) _____,
que notre service suit depuis le _____.
Nous souhaitons attester des avancées manifestes que nous avons pu constater depuis lors dans sa situation sanitaire et sociale :
Depuis _____, M(me) a choisi de se soigner : il(elle) suit depuis lors et avec régularité, un traitement de substitution dispensé par (le Docteur X ou le centre X).
Ce traitement a permis sa stabilisation et la prise en charge de ses problèmes sociaux : il(elle) a pu ainsi (renouveler sa carte d'identité), (rétablir sa couverture sociale), (régler ses problèmes d'endettement), (faire valoir ses droits au RMI ou AAH, etc.).
Côté logement M(me) demeure aujourd'hui _____
(si cet élément est nouveau et positif)
En matière d'insertion professionnelle, M(me) est (entré(e) en formation X) ou (travaille depuis le _____) ou (est actuellement aidé(e) dans sa recherche d'emploi par l'association Y ou l'ANPE de _____) ou (a en vue le projet d'une formation dans le domaine _____, dès que son état de santé le permettra).
Ajouter tout autre élément témoignant d'une amélioration de la situation sociale, familiale, psychologique, et donc l'arrêt de tout comportement délictueux.

Nous pouvons donc attester des efforts de M(me) _____ afin de parvenir à une vie stable et une insertion sociale authentique. Compte tenu de ces efforts, malgré les difficultés rencontrées, nous pensons qu'une nouvelle incarcération risquerait de mettre en péril les démarches réellement positives qui ont été posées.

Fait à _____, le _____.

Demande de bilan social

AS de secteur

Service
Mme, M.
Adresse

Cher(e) Madame, Monsieur,

Je vous vous remercie de recevoir mon (ma) patient (e) Mr (Mme)
qui me dit ne plus disposer de ressources.
Pourriez-vous effectuer un bilan social et l'orienter afin qu'il (elle) puisse bénéficier des ressources possibles en fonction de sa situation sociale.

Merci par avance de l'aide que vous pourrez lui apporter. Je reste à votre disposition pour tout renseignement que vous jugeriez utile.

Bien cordialement,

Dr

Demande d'aide médicale urgente

Monsieur le Directeur
CCAS

Monsieur,

J'ai demandé à mon(ma) patient(e) M(me) _____ de venir chercher au bureau de l'aide médicale un dossier afin d'obtenir une aide médicale.
En effet, M(me) _____ souffre d'une pathologie aiguë et grave nécessitant des soins urgents.
Vous voudrez bien lui délivrer, dans les plus brefs délais, une prise en charge, de façon à ce qu'il(elle) puisse avoir accès aux consultations, examens complémentaires et médicaments nécessaires.

Je vous en remercie d'avance et vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr _____

Demande de bilan social pour un UD sous traitement de substitution

Circonscription d'Action Sociale
Assistante sociale

Chère Madame (Cher Monsieur),

Je suis le médecin traitant de M(me) _____ qui fait aujourd'hui appel à vos services.
En accord avec lui(elle), je vous signale qu'il(elle) est suivi(e) pour une toxicomanie et qu'il(elle) vient d'entreprendre le début d'un traitement de substitution.
Ce traitement vise à le(la) stabiliser dans sa consommation de produits et lui permettre une réinsertion sociale. Dans ces conditions, je crois qu'il est nécessaire que vous puissiez faire un bilan social de son dossier :
droits, revenus, logement, formation, travail afin que sa réinsertion soit un succès.
N'hésitez pas à me contacter pour que nous puissions en parler ensemble.

Dans cette attente, veuillez recevoir, Madame (Monsieur),
l'expression de mes sentiments distingués.

Dr _____

Demande de report d'un jugement

(par l'assistante sociale)

Ce courrier a pour but de préparer une audience auprès d'un juge
(souvent pour une affaire antérieure aux soins, elle est à établir en accord avec le patient).

Vos références : M. ou Mme, qualité, et service
(si possible, indiquer : la Chambre, et le n° d'instruction de l'affaire)

Madame, Monsieur Le Juge,

A la réception de votre convocation, M(me) _____ a manifesté
une forte angoisse qui s'est traduit par une incapacité à organiser sa défense.
Informé(e) de cette audience dans des délais qui ne me permette aucune démarche,
je me permets de solliciter de votre haute bienveillance,
le report de l'audience du _____.

Dans cette attente, veuillez agréer, l'expression de ma considération respectueuse.

Fait à _____, le _____.

Demande d'une étude des droits pour la prise en charge d'une hospitalisation urgente

Circonscription d'Action sociale
Assistante sociale

Chère Madame (Cher Monsieur),

Mon(ma) patient(e) M(me) _____ doit recevoir des soins urgents en milieu hospitalier.
Il(elle) a besoin d'une couverture sociale pouvant lui permettre la prise en charge médicale de son hospitalisation, du complément ticket modérateur, ainsi que du forfait hospitalier car il(elle) ne dispose pas de ressources suffisantes.
Auriez-vous la gentillesse de lui permettre de compléter les dossiers nécessaires et de suivre leur avancement.

Dans cette attente, je vous prie de recevoir, Madame (Monsieur), l'expression de mes sentiments distingués.

Dr _____

Glossaire

Glossaire

Abus

Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes sur une période de 12 mois :

- Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir une fonction sociale ;
- Utilisation répétée d'une substance dans une situation ou cela peut être dangereux ;
- Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance ;
- Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux (disputes conjugales, bagarres).

Ces symptômes sont antérieurs à ceux de la dépendance.

(D'après le DMS IV, 1996)

Agoniste

L'agoniste stimule la réponse physiologique de l'effecteur naturel qui mime son action.

On distingue les agonistes endogènes (par exemple les endomorphines) des agonistes exogènes (par exemple l'héroïne).

Un agoniste partiel ne produit pas l'effet maximum généré par l'effecteur naturel ou par un autre agoniste (par exemple la buprénorphine HD) alors que la méthadone est un agoniste pur.

Alcoolisme chronique

Maladie chronique, caractérisée par une perte de contrôle de l'ingestion d'alcool, une préoccupation constante vis-à-vis du produit, une consommation persistant en dépit de l'apparition de conséquences négatives, une distorsion de la perception de l'alcool et un déni de l'alcoolisation.

Alcoolodépendance

La dépendance à l'alcool a une double origine :

- Les schémas comportementaux des substances psychoactives.
- Des mécanisme physiologiques conditionnés comme celui de la « récompense » du cerveau.

Antagoniste

L'antagoniste bloque la réponse physiologique de l'effecteur naturel, en réduisant la proportion de récepteurs actifs : par exemple la naltroxone est un antagoniste de l'héroïne.

Cibles spécifiques

On connaît les cibles spécifiques de toutes les substances à risque d'abus. Ce sont des protéines situées à la surface des cellules nerveuses.

Les substances exogènes (médicaments, drogues) se lient aux cibles naturellement recrutées par les effecteurs endogènes (catécholamines, enképhalines).

Une substance exogène, l'héroïne par exemple, active de manière ubiquitaire tous les récepteurs, même ceux qui sont habituellement peu utilisés. Ils provoquent une rupture des équilibres physiologiques, souhaitable lorsqu'il s'agit de soulager une douleur.

(D'après le rapport Roques)

Craving

Mot nord américain signifiant « désir ardent ». Ce terme illustre une envie irrépressible d'utiliser un produit psychoactif (alcool, héroïne) surgissant parfois longtemps après le sevrage.

Dépendance

La substance ou l'un voire plusieurs de ses métabolites sont devenus indispensables au fonctionnement de certains processus organiques. Il en résulte chez la personne dépendante de véritables signes physiques définis et cliniquement reconnaissables au moment du sevrage, lorsque l'administration de produit est suspendue brusquement (syndrome de sevrage, d'abstinence ou de manque).

La dépendance psychique (ou assuétude) est le désir souvent irrépressible de répéter les prises afin de retrouver le plaisir de la satisfaction ou d'éviter l'angoisse. Ce terme implique qu'un sevrage éventuel se traduira par des composantes de réactions purement émotionnelles sans symptôme physique. Cette dépendance peut être considérée comme une réaction pharmacologique à la substance elle-même ou comme une conduite destinée à éviter l'angoisse ou encore comme une réponse aboutissant à un conditionnement positif en termes comportementaux.

Pour les opiacés, les dépendances physiques et psychiques sont indissociables.

Différents organismes se sont attachés à définir la dépendance : Pharmacodépendance (OMS) ; Dépendance DSM IV (1996).

Dopaminergiques (voies)

Syn. : Système dopaminergique.

Voie nerveuse impliquée dans le système de récompense mis en œuvre notamment par les substances addictives.

La voie dopaminergique est activée soit directement par les substances qui agissent en augmentant la libération de dopamine (amphétamine, alcool, nicotine) soit en inhibant sa recapture (cocaïne, ecstasy). Les benzodiazépines seraient également capables de libérer de la dopamine. L'alcool pourrait agir en augmentant les opioïdes endogènes. (Voie de recherche)

(D'après le rapport Roques)

Manque

L'état de manque chez un toxicomane est l'ensemble des manifestations pénibles qui traduisent un besoin impérieux de la substance. Il constitue l'un des éléments de la pharmacodépendance. Il est immédiatement apaisé par un nouvel apport de la substance.

Sur le plan physiopathologique, on explique le syndrome de sevrage par le nombre accru des récepteurs (opioïdes, nicotiniques, canabinoïdes.) que ne peuvent satisfaire les médiateurs disponibles.

Les syndromes de manque les plus marqués sont liés au sevrage de l'héroïne, des benzodiazépines, de l'alcool et du tabac. Les signes de manque pour la cocaïne sont essentiellement d'ordre psychique.

Mésusage

Utilisation d'un médicament en dehors de son indication thérapeutique reconnue.

Opioïdes endogènes

Les substances individuelles et endogènes des récepteurs opiacés sont les endomorphines. Il s'agit d'une vingtaine de substances.

Ces substances sont concentrées dans le cerveau primitif. En modulant la transmission dopaminergique, ils semblent jouer un grand rôle dans la régulation des émotions.

Overdose

Accident grave consécutif à une dose massive de substance additive.

L'overdose survient essentiellement par injection intraveineuse d'héroïne, mais elle s'observe aussi après injection intraveineuse de cocaïne ou injection détournée de buprénorphine HD associée à des benzodiazépines ou après ingestion massive de méthadone (dose inadaptée, dose délivrée d'avance et prise en une fois).

L'overdose d'opiacés non compliquée se manifeste par un coma de profondeur variable, avec myosis serré, accompagné de dépression respiratoire, de cyanose, d'hypotension, de bradycardie, d'hypothermie.

L'overdose compliquée : arrêt cardiaque secondaire à l'apnée ; œdème aigu du poumon lésionnel ; pneumopathie d'inhalation.

Le traitement d'urgence, en dehors d'un milieu hospitalier, est d'appeler le SAMU ou le 15, et de débuter une réanimation. Si on dispose de naloxone, on peut injecter une ampoule intraveineuse (malade comateux) ou 1/2 ampoule (malade plus ou moins conscient) et installer une voie veineuse périphérique en attendant le SAMU.

Pharmacodépendance (OMS)

État psychique et quelquefois physique résultant de l'interaction d'une personne et d'une substance se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une compulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin d'en retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut ou non s'accompagner de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs produits.

Récepteurs opiacés

Syn. : Système opioïde.

Les opiacés se fixent dans différentes structures du cerveau primitif. Il existe plusieurs récepteurs aux opiacés : μ, δ, ε et κ.

La liaison d'un agoniste opiacé (méthadone) sur son récepteur provoque une réponse intracellulaire. L'action antalgique des opioïdes s'exercerait essentiellement sur les récepteurs μ.

Il existe une relation étroite entre l'occupation d'une cible biologique par une substance et l'effet produit. Plus une cible est occupée, plus la réponse est forte. Les effets produits dépendent de l'occupation des cibles dans différentes structures : analgésie, euphorie, dépression respiratoire par exemple pour la morphine.

On tente d'expliquer la tolérance et la substitution par le nombre de cibles et la quantité relative de médiateurs libérés.

Récompense (système de –)

Syn. : Système hédonique.

Le système de récompense participe aux comportements vitaux. Il a été mis en évidence chez l'animal par des tests d'auto-stimulation : cette technique a été utilisée chez le rat puis chez le singe. Après implantation d'une électrode dans la structure nerveuse explorée, l'animal peut activer volontairement la stimulation. Ainsi, le système de récompense peut être mis en jeu de façon quasi permanente, aux dépens des

autres fonctions vitales comme la faim ou la soif. Cette fonction a été retrouvée chez l'homme lors d'intervention neurochirurgicale.
Toutes les structures impliquées dans le système de récompense appartiennent à la voie dopaminergique Sa mise en jeu par des stimulants (drogue, tabac, alcool) expliquerait le plaisir éprouvé lors de la prise de ces substances (Bozard, Wise, 1981).
Un fonctionnement harmonieux du système de récompense est indispensable pour éviter le passage de l'usage à l'abus.
La récompense est intense, quasi orgasmique avec la cocaïne et l'héroïne, plus légère avec l'alcool, le cannabis, quasi inexistante avec le tabac.

Sevrage (syndrome de –)

Réaction survenant lorsqu'en médicament ou une drogue est subitement retirée. Les manifestations physiques et psychiques au sevrage doivent être distinguées du phénomène de rebonds, de la réapparition de symptômes de la maladie initialement traitée, de l'apparition de nouveaux symptômes ou encore de symptômes spécifiques.
Le sevrage à une substance peut être marqué par des accidents graves (crises convulsives, delirium) ou des signes physiques ou psychologiques :

- démence, troubles amnésiques liés à l'emploi au long cours de l'alcool, des sédatifs, des solvants volatils ;
- troubles psychotiques parfois graves. Les accidents de sevrage dépendent bien évidemment des produits : le tabac et alcool n'ont pas les mêmes risques au sevrage aigu.

Le sevrage aigu ou crash comporte des symptômes dépressifs et des risques suicidaires.
Pour l'alcool et les sédatifs, les troubles psychotiques sont liés à un usage important et ancien.
Des troubles de l'humeur, troubles anxieux, dysfonctions sexuelles, troubles du sommeil sont au premier plan de l'intoxication et du sevrage de cocaïne et d'amphétamine. Les troubles anxieux concernent aussi le sevrage des opiacés et de la nicotine.

(D'après le rapport Roques)

Tolérance

Syn. : Accoutumance.
Diminution des effets obtenus avec une même dose au fur et à mesure de l'administration chronique d'une substance.
Elle se traduit par la tendance à l'augmentation des doses de cette substance à chaque prise et/ou au rapprochement des prises, pour obtenir un effet analogue.

Jargon de la rue

Être Accro
Être dépendant physiquement à une drogue

Acide
LSD Hallucinogène

Amphé
Amphétamines

Barbis
Barbituriques

Bombe
Résine pure de cannabis

Boulette
Haschich

Bourrin
Héroïne

Blanche
Héroïne blanche

Buvard
Dépôt de quelques gouttes de solution de LDS sur un petit morceau de buvard qui est ensuite sucré

Camé
Drogué

Cheval
Héroïne

Coke
Cocaïne

Caillou/Crack
Cocaïne base volatile

Crash
État succédant à la prise d'une forte dose d'amphétamine ou d'ecstasy

Décro
Sevrage abstinence

Défonce
État de quiétude et de distanciation consécutive à l'usage de stupéfiant

Descente
État consécutif à l'arrêt ou à la dissipation des effets d'une drogue stimulante (cocaïne, ecstasy)

Dope
Drogue en général

Dragon
Chasser le dragon : inhaler la fumée d'héroïne

Être en Roche (Expression Belge)
Défonce au Rohypnol®

Fixe
Injection intraveineuse de drogue

Flash
Sensation de plaisir intense au moment d'une injection

Flash-back
Retour des symptômes à distance d'une nouvelle prise de LSD : angoisse avec impression de devenir fou

H
Haschich

Herbe
Feuilles de marihuana séchées

Huile
Haschich liquide

Joint
Cigarette de cannabis

Junck, Junckie
Utilisateur d'héroïne âgé

Kheppa
Enveloppe de papier plié contenant la drogue

OD
Overdose

Parano, effet parano
État de méfiance, de sentiment de persécution, fréquent avec la cocaïne, les amphétamines, certains hallucinogènes

Poppers
Ampoule de nitrite d'amyle inhalée, utilisée comme aphrodisiaque dans certains milieux, notamment homosexuels

Poudre
Héroïne

Poussette
Faire une poussette : aspirer le sang de la seringue pour la rincer après la première injection avant de s'administrer ce qui reste dans la seringue. (synonyme : tirette)

Poussière
Faire une poussière : épisode fébrile avec frisson survenant après une injection intraveineuse, lié aux impuretés contenues dans la seringue

Pétard
Cigarette de haschich

Shit
Haschich

Shoot, se shooter, la shooteuse
Injection intraveineuse de drogue

Schnouff
Héroïne

Sniffer
Consommer de la drogue par voie nasale

Speed Ball
Association d'un psychostimulant (la plupart du temps Cocaïne) et d'un opiacé (Héroïne)

Stick
Cigarette de haschich

Sub
Buprénorphine HD

Index des mots-clefs

Index des mots-clefs

	CAS CLINIQUES (pages)								FICHES TECHNIQUES (pages)								
Abcès	9	41	45						79	85	87	90	94				
Aborder la toxicomanie	9	15	33	45	57				79	85	87	88	90	94	95	142	
Activités occupationnelles	19	25	37	49	69				85								
Aide financière	9	19	25	33	49				107	129							
Aide médicale	9	29	53						85	96	98	99	108	109	110	115	
Alcool *(voir Glossaire p. 171)*	25	33	41	49	61				82	85	90	94	95	145	149	155	
Angoisse	15	19	29	33	57	61	65	69	87	90	156						
Benzodiazépines	25	33							82	85	90	94	142	145	147		
Buprénorphine	9	33	41	45	53	61			79	82	85	140	142	143	144	145	
Centre méthadone	9	15	37	41	45	57			79	82	88	141	145				
Cocaïne	45	57							77	79	82	90	94	145	147		
Contrat	9	15	25	33	37	41	45	65	89	141	142	143	144	145	147		
Couverture sociale	9	15	19	25	29	41	53	65	85	88	96	99	107	108	109	111	
Crack	45	57							82	90	94	145	147				
Dépendance *(voir Glossaire p. 171)*	9	45	57						77	85	90	94	142	145			
Dépression	29	53	61	65	69				85	87	90	144					
Détournement de médicaments	9	33	45						82	85	89	90	94	95	142	143	
Dettes	33	41	69						85	94	119	122	124	125	126		
Emploi	37	49	61	69					85	105	117	131	133	136	144	156	
Famille	9	15	29	37	53	69			85	128	137	139					
Grossesse	15								87	88	96	99	101	136	149	154	
Hébergement d'urgence	15	29							119	134							
Hépatites	45	61	65						79	82	85	87	90	144	149	155	
Héroïne	9	15	25	45	53				77	82	90	94	140	141	142	143	
Hospitalisation	15	25	53	57					82	85	96	98	99	108	109	110	
Injecteurs	9	41	45	57	61				79	82	85	87	90	94			
Insertion professionnelle	9	41	49	69					85	105	107	131	133				
Justice	9	25	29	41	57	65			77	82	112	122	124	125	126	137	
Logement	15	19	29	41	49	53			85	105	107	119	122	124	125	126	
Manque *(voir Glossaire p. 171)*	9	15	57						88	90	94	95	141	142	143	144	145
Méthadone	15	19	37	41	49	57	61		79	82	85	141	144	145	147	152	
Observance	19	37	41	65					141	142	143	144	145	152	154		
Post-cure	25																
Précarité	15	19	29	49	65	69			85	96	98	99	107	108	109	112	
Protection judiciaire	15	33							128	137	139	156					
Rechute	25	29	37						141	142	143	144	145				
Réduction des risques	19	41	45	61	65				79	82	87	156					
Relation mère-enfant	15								156								
Ressources	9	15	19	69					85	97	104	105	107	112	115	117	
Sevrage	25	33	49	53	57				77	79	147	156					
Shoot propre	45	61							79	82	85	87					
Signalement	15								77	82	128	156					
Soins dentaires	49								85	87	88	96	99	107	129	131	
Sortants de prison	9								77	85	112						
Squat	15	65							119	122	124	125	126				
Sulfate de morphine	45								90	145	147						
Syndrome de sevrage *(voir Glossaire p. 171)*	15								90	156							
Urgence médicale	9	29	57						79	88	142						
Urgence sociale	9	15	19	29	57	65			88	119	122	124	125	126	128	134	
VIH	19	45	65						79	82	85	87	90	101	103	115	

										COURRIERS (pages)
156										
129										Demande Aide médicale urgente, 164
										Demande report jugement, 166 / Attestation de suivi au juge, 162
147	152									
112	113	142								Demande étude de droits, 167 / Demande bilan social, 163
145	147									
										Attestation de suivi au juge, 162
156										Attestation de suivi médical, 161
144	145	147								
112	147	156								
										Attestation de suivi au juge, 162
139										Demande report jugement, 166 / Attestation de suivi au juge, 162
134	136	144								
118	119	122	124	125	126	129	134	136	137	
136										Demande bilan social, 163
										Demande aide médicale urgente, 164
142	144	156								Demande aide médicale urgente, 164 / Attestation de suivi au juge, 162
117	122	134	144	152	154	155				

Répertoire du travail en réseau

Répertoire personnel du travail en réseau

CSST local

Nom du médecin coordinateur — Tél. :
Prénom
Nom de l'assistant social
Prénom
Adresse

Centre de post-cure

Nom du responsable — Tél. :
Prénom
Adresse

Pharmacie

Nom — Tél. :
Prénom
Adresse

Pharmacie

Nom — Tél. :
Prénom
Adresse

Psychiatre

Nom — Tél. :
Prénom
Adresse

Association auto-support usagers de drogues — Nom de l'association
Nom du responsable — Tél. :
Prénom
Adresse

Hôpital — Nom de l'association
Nom du responsable — Tél. :
Prénom
Adresse

Centre d'hygiène mentale

Nom du responsable Tél. :
Prénom
Adresse

PMI

Nom Tél. :
Prénom
Adresse

Comité de probation

Nom Tél. :
Prénom
Adresse

Réseau ville-hôpital

Nom du coordinateur Tél. :
Prénom
Adresse

DASS

Nom du médecin inspecteur Tél. :
Prénom
Adresse

ANPE
Nom du responsable Tél. :
Prénom
Adresse

Mission locale

Nom du responsable Tél. :
Prénom
Adresse

Assistante sociale du secteur

Nom Tél. :
Prénom
Adresse

Assistante sociale de la CAF

Nom — Tél. :
Prénom
Adresse

Assistante sociale de la Sécurité sociale

Nom — Tél. :
Prénom
Adresse

Cellule Précarité de l'hôpital le plus proche

Nom du responsable — Tél. :
Prénom
Adresse

Association Instruction du RMI — Nom de l'association

Nom du responsable — Tél. :
Prénom
Adresse

Association Domiciliation SDF — Nom de l'association

Nom du responsable — Tél. :
Prénom
Adresse

Association recevant public en grande difficulté — Nom de l'association

Nom du responsable — Tél. :
Prénom
Adresse

Notes personnelles

Nom — Tél. :
Prénom
Adresse

Nom — Tél. :
Prénom
Adresse

Carnet d'adresses national

Carnet d'adresses national

Act Up-Paris
(Actions politiques, revendication, défense des droits des malades)
BP 287 75525 Paris Cedex 11
Tél. : 0149 29 44 75
Fax : 01 48 06 16 74
3615 ACTUP

Aides Fédération Nationale
(Accueil, accompagnement, formation de volontaires, groupes de parole, loisirs)
23, rue de Château-Landon
75010 Paris
Tél. : 01 53 26 26 26
Fax : 0153 26 27 00
3615 AIDES

Asud Auto-support des usagers de drogues
23, rue de Château-Landon
75010 Paris
Tél. : 0153 26 26 53

Centre International de l'Enfance et de la Famille
Château de Longchamp
Bois de Boulogne
75016 Paris
Tél. : 01 44 30 20 00
Fax : 0145 25 73 67

CNIL
Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
21, rue Saint-Guillaume
75340 Paris cedex 7
Tél. : 0153 73 22 22 ou
0153 73 22 00

CRIPS - Aquitaine
Université de Bordeaux-II
3 ter, place de la Victoire
33076 Bordeaux Cedex
Tél. : 05 57 57 18 80
Fax : 05 57 57 18 82

CRIPS - Ile-de-France
192, rue Lecourbe
75015 Paris
Tél. : 0153 68 88 88
Fax : 0153 68 88 89
3614 CRIPS

CRIPS - Nord Pas-de-Calais
13, rue Faidherbe
59800 Lille
Tél. : 03 20 15 49 10
Fax : 03 20 15 49 01

CRIPS- Pays de la Loire
ORS Pays de la Loire
Hôtel de la Région
1, rue de la Loire
44066 Nantes Cedex 02
Tél. : 02 40 4141 28
Fax : 02 40 41 36 94

CRIPS - Provence-Alpes Côte d'Azur
- **Antenne Marseille BP 9**

18, rue Laffon
13251 Marseille Cedex 20
Tél. : 04 91 13 03 40
Fax : 04 91 33 32 46

- **Antenne Nice**

Route de Saint-Antoine de Ginestière
BP 79 06202 Nice Cedex
Tél. : 04 92 03 56 21
Fax : 04 92 03 58 84

Division sida
Direction Générale de la Santé
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 56 01
Fax : 01 40 56 56 20

Drogues Info Service
Information et soutien
24h/24
Tél. : n° vert 0800 23 13 13

Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile
(Regroupe la plupart des associations d'HAD, ainsi que les services d'HAD gérés par les établissements publics.)
BP 136
40103 Dax Cedex
Tél. : 05 58 74 35 32
Tél. : 05 58 90 82 69

FNARS
Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale
76, rue du Faubourg-Saint-Denis
75010 Paris
Tél. : 0142 47 05 93
Fax : 0147 70 27 02

Fonds d'indemnisation des hémophiles transfusés
BP 115
94303 Vincennes Cedex
Tél. : 0143 98 78 78
Fax : 01 43 65 46 38
(Lettres recommandées avec accusé de réception)

Haut Comité de la Santé Publique
1 place Fontenoy
75007 Paris
Tél. : 01 40 56 60 00
Fax : 01 40 56 79 49

INSERM
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
101, rue de Tolbiac
75654 Paris cedex 13
Tél. : 01 44 23 60 00
Fax : 01 45 85 68 56

Médecins du monde
Accès aux soins des populations vulnérables
62, rue Marcadet
75018 Paris
Tél. : 01 44 92 15 15
Fax : 01 44 92 99 99

Médecins Sans Frontières
(Centre de premier accueil médical)
54, rue Leibnitz
75018 Paris
Tél. : 01 42 28 54 54
Fax : 01 42 28 04 92

Mission sida - Direction des Hôpitaux
8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 46 58
Fax : 01 40 56 49 63

MILDT
Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies
8, avenue de Ségur
75008 Paris

Sida Info droit Service juridique
de Sida info service
N° azur: 0 801 636 636
Le mardi de 16 heures à 22 heures

Sida Info Service (SIS)
Information et soutien 24h/24
N° vert : 0 800 840 800
3615 SIDA-INFO

Sol-En-Si
Solidarité, enfants, sida
(Aide aux familles touchées par le sida: halte-garderie, soutien à domicile, recherche d'emploi et de logement)
35, rue Duris
75020 Paris
Tél. : 01 43 49 63 63
Fax : 01 43 49 01 07
Du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures

3617 TOXIBASE
réseau national de documentation sur les pharmacodépendances

3617 BDSP
Base de données Santé Publique

Pour contacter le Réseau Ville-Hôpital le plus proche appeler
Drogues Info Service

S.P.C.I.
Santé-Promotion-Conseil-Insertion
19 Avenue d'Italie 75013 Paris Tél. : 01 45 40 06 00 Fax : 01 45 40 06 09

Association Loi 1901 Siret 411 824 774 000 11 URSSAF 757 64 0135753 001 011

Lutter contre l'exclusion, c'est aussi construire des liens souples et efficaces entre les usagers et les institutions.

Depuis 1996, s'est réunie autour de l'association SPCI une équipe qui mène des actions de prévention et formation pour :

- Améliorer la qualité et l'accessibilité des services offerts aux populations.
- Créer et concevoir une nouvelle méthodologie d'intervention sociale et de nouveaux services de proximité.
- Former à l'action.
- Constituer une force de proposition en matière d'accès aux droits sociaux et sanitaires.

Actions

- Conception et réalisation de guides de bonnes pratiques cliniques et professionnels.
- Formation des professionnels de santé dans le domaine du social (médecins, pharmaciens, équipes de soins à domicile, IDE, réseaux de soins).
- Formation de travailleurs sociaux et des équipes pluridisciplinaires sur les grandes questions de santé publique et leurs implications sociales.
- Elaboration et expérimentation de projets d'approche communautaire : création de comités de quartiers, de groupes d'auto-support d'usagers de drogue, etc.
- Missions d'étude, de conseil et d'expertise
- Conception et création de projets innovants :
  - Expérimentation du nouveau métier « COURSIER SANITAIRE ET SOCIAL » : les coursiers sanitaires et sociaux effectuent l'accompagnement (physique si nécessaire) des usagers dans l'accomplissement de leurs démarches administratives ou de santé.
  - Mise en place d'une « ÉQUIPE SOCIALE MOBILE » intervenant auprès des patients suivis par des médecins généralistes de ville (Paris et proche banlieue). Son objectif maître est de créer une démarche globale de prévention par l'amélioration de la coordination entre les différents acteurs et institutions. Des projets d'implantation en province sont à l'étude.
  - Développement d'un nouveau mode d'intervention sociale basé sur le travail en binôme médecin/travailleur social. Le diagnostic social vient compléter le diagnostic médical : ce partenariat renforce les réseaux de soins, qui trouvent ainsi le relais social de leurs actions. Le travail en binôme permet une implication du médecin dans les problèmes sociaux, systématiquement lorsque le besoin s'en fait sentir, faisant de lui un observateur mais aussi et surtout un acteur de la lutte contre l'exclusion.

Équipe

Sociologues de santé, ingénieurs des études, travailleurs sociaux, médecins généralistes, économistes de santé, psychologues du travail, pharmaciens, épidémiologistes.

- Pour toute information sur nos activités de conseil, la conception de programmes de formation, et le conseil technique à la mise en place d'équipes sociales mobiles, nous sommes à votre disposition au 01 45 40 06 00.

- Pour recevoir le programme de formation, écrivez à spci@club-internet.fr ou SPCI 19, avenue d'Italie 75013 PARIS.

Avertissement au lecteur

Dans le cadre de la loi contre l'exclusion, la mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) est en cours, elle devrait être effective le premier trimestre 2000.
Au moment où cet ouvrage est mis sous presse, les modalités d'accès demandent à être éclaircies.
Une fiche technique complémentaire sera diffusée ultérieurement.

Schering-Plough

“Nous partageons votre préoccupation pour la Santé Publique”

92, rue Baudin - 92307 Levallois-Perret Cedex
Tél. : 01 41 06 35 00
Fax : 01 41 06 35 28

SOLEDAD - LSUB0006D - ISO001J Janvier 2000